FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Eugène RIVET,

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

NÉ A BLÉNOD-LES-TOUL (MEURTHE-ET-MOSELLE) LE 7 OCTOBRE 1886

PUÉRICULTURE

ÉTUDE CRITIQUE

Président : M. le professeur HUTINEL.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

MACON

PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

1913

À MES PARENTS

À MES FRÈRES ET A MES SŒURS

À MES AMIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique médicale infantile,
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades,
Membre de l'Académie de Médecine.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR BARIÉ (Laennec, 1907-1908)

STAGES

MM. le Professeur Dieulafoy (in memoriam)	Hôtel-Dieu	1908-1909
le Professeur Quenu	Cochin	
le Docteur Bourcy	Laennec	1909-1910
le Professeur Segond (in memoriam)	Salpêtrière	

EXTERNAT

MM. le Professeur Reclus	Hôtel-Dieu	1910-1911
le Professeur agrégé Legry	Charité	1911-1912
le Docteur Boissard	Maternité de Lariboisière	1912
le Docteur Comby	Enfants Malades	1912-1913
le Docteur Oulmont	Beaujon	1913

À MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

Médecin de l'Hôpital Hérold.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAIMONDI

Médecin en chef de la Pouponnière de Porchefontaine.

À MM. LES DOCTEURS BRULÉ ET SAUVÉ

Au moment de terminer nos études, nous sommes heureux de pouvoir remercier tous nos Maîtres, qui, dans les hôpitaux, nous ont prodigué leur enseignement et témoigné quelque intérêt.

C'est à M. le Dr Lesage que nous devons la première idée de ce travail. Qu'il nous soit permis ici de l'assurer de notre profonde reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé : c'est avec plaisir que nous complétons nos connaissances en médecine infantile dans son beau service de l'hôpital Hérold. Nous tenons également à présenter tous nos remerciements à M. le Dr Raimondi, directeur des services de l'Institut de Puériculture de Porchefontaine, pour l'amabilité avec laquelle il nous a reçu et pour tous les conseils qu'il a bien voulu nous donner; nous garderons un excellent souvenir de notre stage dans l'établissement modèle qu'il dirige.

Enfin, au cours de nos études, nous avons eu le plaisir de rencontrer des camarades qui nous ont donné les preuves d'une amitié sincère. Nous tenons à leur exprimer tous nos remerciements et notre profonde affection.

INTRODUCTION.

« Il est vrai qu'en France, on ne naît pas assez, disait M. Waldeck-Rousseau, mais il est vrai surtout qu'on y meurt trop. » Cette excessive mortalité des jeunes enfants entraîne fatalement la diminution de la population de notre pays, et dans ces dernières années cette situation est réellement devenue inquiétante. Avant 1907 la France n'avait jamais moins de 800.000 naissances, avant 1887 elle n'en avait jamais moins de 900.000 et avant 1867 son chiffre dépassait ou avoisinait le million. C'était aussi, ou assez peu s'en faut, le chiffre de l'Allemagne de cette époque. Il faut dire que l'on constate actuellement un recul de la natalité dans les principaux pays d'Europe. En Allemagne, les dernières statistiques attestent une diminution notable, principalement dans les grands centres industriels ; mais la France a tellement devancé ses voisins que sa situation reste inquiétante pour longtemps. Les statistiques françaises des naissances et des décès pour les deux années 1911 et 1912 sont loin d'être rassurantes.

En 1911, on a compté 742.114 enfants nés vivants contre 776.983 décès, autrement dit la population française a diminué de 34.869 unités. C'est le chiffre

NOMBRE DES NAISSANCES EN FRANCE DEPUIS 1881.

Années	Naissances
1881	937.057
1882	935.566
1883	937.944
1884	937.750
1885	924.558
1886	912.838
1887	899.333
1888	882.639
1889	880.579
1890	838.059
1891	866.377
1892	855.847
1893	874.672
1894	854.388
1895	834.173
1896	865.586
1897	859.107
1898	843.933
1899	847.627
1900	827.297
1901	857.274
1902	845.378
1903	826.812
1904	818.229
1905	807.291
1906	806.847
1907	773.969
1908	791.712
1909	769.565
1910	774.390
1911	742.114
1912	750.651

le plus bas que l'on ait enregistré depuis 113 ans. Il faut reconnaître que les chaleurs intolérables et prolongées de l'été 1911 causèrent une mortalité infantile effroyable. En 1912, on a compté 750.651 enfants nés vivants contre 692.740 décès. La situation s'est donc améliorée, mais elle est loin d'être brillante.

Or, ceux qui cherchent une solution à ce fâcheux état de choses se sont divisés en deux camps : les uns essayent de favoriser l'augmentation des naissances par l'amélioration des conditions sociales, les autres cherchent à supprimer par tous les moyens possibles les morts évitables, à empêcher de mourir tous les nourrissons qui ne doivent pas mourir, en protégeant la mère et l'enfant. Il ne rentre pas dans le cadre de notre travail d'étudier les lois déjà appliquées ou encore à l'état de projet dans le but de favoriser le développement de la famille, non plus que d'apprécier leur efficacité réelle ou désirée. Nous n'envisagerons que le second côté de la question, c'est-à-dire les moyens utilisés pour diminuer la mortalité infantile.

Or, que nous apprennent les statistiques? Dans la France entière, l'ensemble des décès de 0 à 1 an, pour toutes causes, est en moyenne de 100.000. En 1910, année exceptionnelle, ce chiffre s'est abaissé à 90.000; il était de 105 et de 115.000 en 1905 et 1906. En 1911 le nombre de décès de 0 à 1 an a augmenté, par suite des chaleurs excessives de l'été, et le 12 juin 1912, à l'Assemblée Générale de l'Œuvre nouvelle des Crêches Parisiennes, M. Mirman disait : « La France a perdu dans une période de 5 mois, 20.000 petits enfants de plus que les années précédentes. Pour Paris, pendant cette même période de 5 mois, le nombre des décès de 0 à 1 an, qui était

de 761 en 1910, s'est élevé à 1649 en 1911. » Dans un groupe de 40 villes de plus de 30.000 habitants (**12**)[1] le chiffre de la mortalité infantile s'est élevé pour les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre 1911 à 9.318, alors qu'en 1910 il n'était que 4.100.

Le professeur Marfan (**60**) au Congrès de Berlin 1911 rapporte la statistique suivante :

« Sur 1.000 enfants qui naissent, il en meurt environ 160 dans la première année (dont 48 dans le premier mois et 19 dans les 5 premiers jours).

50 dans la seconde année,
25 dans la troisième,
17 dans la quatrième,
56 de cinq à 10 ans,
34 de dix à quinze ans.

Pendant le premier mois, les causes principales de mort sont la débilité congénitale, l'athrepsie, les convulsions, les affections pulmonaires, la syphilis.

Du 2e au 12e mois, les affections digestives et l'atrophie sont la cause de 40 à 50 0/0 des décès, les affections des voies respiratoires de 20 à 25 0/0, les maladies contagieuses de 5 à 10 0/0, la tuberculose de 10 à 20 0/0.

La mortalité est moins grande chez les enfants légitimes que chez les enfants illégitimes. Sur 1000 enfants légitimes il en meurt 140 dans la première année ; sur 1000 enfants illégitimes il en meurt 250. »

Ces données sont conformes dans les grandes lignes à la statistique classique de MM. Balestre et Giletta de

1. Ces chiffres correspondent aux numéros des auteurs cités dans la Bibliographie.

Saint-Joseph (7), démontrant que sur 1000 enfants qui succombent dans la première année :

385 sont emportés par la gastro-entérite
171 — par la débilité congénitale.

La mortalité infantile, enfin, est surtout élevée chez les enfants élevés au biberon. Sur 1000 enfants privés du sein aussitôt ou peu après leur naissance, il en meurt 120 dans le premier mois. Durant la première année, la mortalité est de 58 pour 1000 chez les enfants élevés au sein à la campagne par leur mère ; elle peut dépasser 300 pour 1000 chez ceux qui sont élevés au biberon à la campagne par des nourrices mercenaires.

De ces statistiques il ressort trois faits principaux.

Dans les premières semaines de la vie, l'enfant succombe surtout à la débilité congénitale, il en résulte que la protection de l'enfant doit s'exercer pendant la grossesse et même avant la conception.

Après les premières semaines le principal facteur de la mortalité infantile est représenté par un groupe d'affections : troubles digestifs, atrophie et athrepsie, qui le plus souvent sont la conséquence de la privation du sein maternel. Enfin il ressort des statistiques comme de l'observation journalière, que les causes de mort du nourrisson sont favorisées par trois facteurs : l'indifférence, la misère et l'ignorance des parents. C'est donc contre ces facteurs que l'on doit lutter avec énergie.

La question de la mortalité infantile est à l'ordre du jour depuis déjà de longues années. Dès 1865, l'attention publique avait été attirée sur ce sujet par les bro-

chures des docteurs Brochard et Monot. L'Académie de médecine elle-même s'en émut, et à la suite d'un rapport de Boudet (**15**), elle fit de cette question l'objet de ses études et de ses débats. Elle arriva à cette conclusion que la mortalité effroyable des petits enfants était due à l'habitude désastreuse d'envoyer les enfants en nourrice et de remplacer l'allaitement naturel par l'allaitement artificiel. En 1867, dans sa séance du 6 février, l'Académie nommait une première commission dite de la mortalité des nourrissons. Pendant l'année 1869, trente-quatre séances furent consacrées à la discussion sur la mortalité infantile. La plupart des orateurs proclamèrent que la cause première de ce fléau provenait de l'abandon de l'allaitement maternel, que l'on devait donc encourager par tous les moyens possibles. Le 12 avril 1870, l'Académie instituait la Commission permanente de l'Hygiène de l'Enfance. Entre temps le ministre de l'Intérieur, en date du 16 mars 1868, avait nommé une commission mixte chargée d'étudier les causes de la mortalité des enfants du premier âge, et qui était composée de sénateurs, de députés et de membres de l'Académie. De ses discussions était né un projet de loi qui allait être soumis à l'approbation du Corps législatif, lorsque la guerre éclata. Le 24 mars 1873, Th. Roussel présentait à l'Assemblée nationale une proposition de loi, reproduction textuelle du projet établi par la Commission mixte de 1869 et d'où devait sortir le 23 décembre 1874 la loi sur la Protection des enfants du premier âge, appelée loi Roussel.

Depuis, la question de la mortalité infantile revint souvent dans les discussions de l'Académie de Méde-

cine qui proposait toujours comme solution au problème : la lutte contre le biberon, et l'éducation des mères. « Rien ne vaut l'allaitement maternel » proclamait Tarnier (**92**) en 1882, et la même année Guéniot (**46**) disait: « Si les survivants du biberon se peuvent compter par quelques dizaines, c'est certainement par centaine sinon par mille que je pourrais compter ses victimes. Élever avec succès des enfants sans le secours du sein, constitue un art véritable pour l'exercice duquel les bons artistes font souvent défaut. »

Depuis 1890 le professeur Pinard n'a cessé de poursuivre une vigoureuse campagne en faveur de l'allaitement au sein. Reprenant l'idée directrice du grand philanthrope Théophile Roussel ainsi conçue : « Tout ce qui éloigne l'enfant de la mère le met en état de souffrance et en danger de mort », il ne cesse de proclamer le « droit de l'enfant au sein de sa mère ». Budin, en créant et en répandant les consultations de nourrissons, fait faire un grand progrès dans la lutte contre la mortalité infantile. De nombreuses œuvres, au premier rang desquelles nous placerons les Mutualités maternelles, se fondent, ayant pour but la protection de la mère et de l'enfant. Enfin en 1902 est instituée la Ligue contre la mortalité infantile.

Nous avons vu que la débilité congénitale d'une part, les troubles gastro-intestinaux d'autre part, causaient plus de la moitié des décès des enfants au cours de leur première année. Or, actuellement, nous avons à notre disposition deux moyens efficaces pour lutter contre ces deux facteurs importants de mortalité. Le premier déjà ancien, puisqu'il date de vingt-deux ans, a fait ses preuves : ce sont les consultations

de nourrissons. Nous sommes en droit d'attendre beaucoup du second, tout récent puisqu'il date de cette année même : c'est le repos des femmes en couches rendu obligatoire et rémunéré grâce à la loi Strauss.

Dans ce travail, nous montrerons l'influence heureuse du repos chez la femme enceinte et nous ferons l'historique et l'étude de la loi du 17 juin 1913 qui rend obligatoire ce repos.

Nous étudierons ensuite ce que l'on peut attendre des consultations de nourrissons, répondrons aux objections qui leur ont été faites, en particulier celle du danger de la contagion, et montrerons que l'on peut, sans fausser la statistique, prouver leur grande utilité dans la lutte contre la mortalité infantile. Nous consacrerons quelques pages à l'excellente institution qu'est la « chambre d'allaitement » annexée aux usines et qui permet à la mère de nourrir son enfant tout en travaillant. Enfin, pour terminer, nous montrerons comment la loi sur le repos des femmes en couches permet une conception nouvelle de la consultation des nourrissons, et donne une orientation plus efficace dans la lutte contre l'excessive mortalité des enfants de 0 à 1 an.

INFLUENCE ET NÉCESSITÉ DU REPOS CHEZ LA FEMME ENCEINTE.

Le repos présente pour la femme enceinte une importance considérable qui n'avait point échappé aux anciens auteurs, puisque déjà, en 1740, Mauriceau, dans son Traité des femmes grosses, disait « que la femme enceinte doit gouverner ses exercices de telle sorte qu'elle puisse pécher plutôt par l'excès du repos que par trop d'agitation, car le danger est bien plus grand dans le mouvement immodéré que dans le repos. » Paul Dubois, en 1855, constate l'importance du repos au point de vue de la durée de la gestation et de l'amélioration du produit de conception.

La femme enceinte en effet est une intoxiquée. Les modifications de la nutrition, celles des fonctions du foie, des poumons et des reins, celles des urines en sont la preuve suffisante. De par son équilibre instable, elle est sujette aux accidents, elle est lourde, généralement moins habile dans ses mouvements, enfin pendant son travail elle est exposée aux brusques changements de température. Et cependant, elle n'en est pas moins employée aux mêmes travaux que ses compagnes d'atelier ou d'usine, avec, souvent, une alimentation défectueuse, et un repos de nuit insuffisant.

Qu'y a-t-il alors d'étonnant, de constater le nombre considérable d'enfants prématurés, de débiles qui meurent dans des proportions effroyables, car « les fruits verts détachés de l'arbre ne se conservent pas ». (82).

C'est au professeur Pinard que revient le mérite d'avoir démontré que le facteur ordinaire et si puissamment dangereux qui abrégeait la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère est exempte de toute maladie et que l'enfant issu de graine saine se développe d'une façon normale, était le surmenage. Il soulevait ainsi la question de la puériculture depuis la conception jusqu'à la naissance, ou puériculture intra-utérine, expression dont il est fait pour la première fois mention dans son mémoire à l'Académie de Médecine en 1895.

Dans ce mémoire (83), le professeur Pinard démontrait que plus la femme s'est reposée dans les derniers temps de la grossesse, plus est considérable le poids de l'enfant qu'elle met au monde. Calculant le poids moyen des enfants nés à la Clinique Baudelocque, de mères ayant travaillé jusqu'à leur accouchement — s'étant reposées dix jours au refuge de l'Avenue du Maine — s'étant reposées plus de dix jours au dortoir de la Clinique, il arriva aux résultats suivants :

500 enfants nés de mères ayant travaillé jusqu'à leur accouchement ont donné un poids moyen par enfant de..... 3.010 grammes

500 enfants nés de mères ayant séjourné au moins dix jours au refuge de l'Avenue du Maine ont

donné un poids moyen par enfant de..... 3.290 grammes

500 enfants nés de mères ayant séjourné plus de dix jours au dortoir de la Clinique Baudeloque ont donné un poids moyen par enfant de..... 3.360 grammes

Les recherches de ses élèves confirmèrent ces premiers résultats. François-C. Bachimont en 1898 (**6**), dans un travail portant sur 4455 observations prises à Baudelocque et à la Maternité de Tourcoing, démontrait l'influence du repos ou de la fatigue pendant la grossesse, sur le poids du produit de conception et concluait que le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée deux à trois mois était supérieur d'au moins 300 grammes à celui d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement. Il montrait en outre que le poids des enfants dont les mères primipares ou multipares ont travaillé debout, est inférieur de 150 grammes environ au poids de ceux dont les mères ont travaillé assises.

En 1897, Letourneur (**55**) recherchait l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant et terminait son travail par ces conclusions :

1° Les femmes qui ont une profession fatigante mettent au monde des enfants moins gros que celles qui ont une profession non fatigante. Il y a une différence moyenne de 50 grammes au profit des enfants de ces dernières.

2° Quelle que soit leur profession, les femmes qui se reposent pendant leur grossesse mettent au monde des enfants d'un poids sensiblement égal, mais qui

dépasse en moyenne de 200 grammes celui des enfants des mêmes femmes ne se reposant pas.

En 1899, A. Bachimont (**5**) montrait également l'influence heureuse du repos chez 225 femmes ayant des grossesses gémellaires. Chez les enfants des femmes qui se sont reposées, le poids moyen à la naissance était de 2500 grammes pour le premier enfant, de 2480 pour le deuxième. Chez les enfants de femmes qui ne se sont pas reposées, on notait 1935 grammes pour le premier enfant et 1900 grammes pour le second.

L'action du repos sur la durée de la grossesse n'est pas moins manifeste. Mauriceau, P. Dubois l'avaient déjà affirmé. Le professeur Pinard (**78**) a recherché le laps de temps écoulé entre la dernière menstruation et l'accouchement chez les femmes privées de repos :

Chez 1000 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement ce laps de temps a été :

De 280 jours et plus..... 482 fois

alors que chez 1000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir, ce laps de temps a été :

De 280 jours et plus..... 660 fois

En 1899, Me Sarraute-Lourié (**89**) a fait des recherches analogues à la Maternité de Lariboisière et à l'Asile Michelet, refuge municipal pour les femmes enceintes. Comparant 1500 femmes de la Maternité ayant travaillé jusqu'à l'accouchement avec 1530 femmes reposées de l'asile Michelet, cet auteur trouve que chez les secondes la grossesse avait duré au moins 20 jours de plus que chez les premières.

En 1900, le professeur Pinard (**84**) dit que sur

188.204 enfants nés de 1882 à 1899 à la Maternité et à Baudelocque 52.626 pesaient moins de 3 kilogrammes et 27.071 moins de 2 kgs 500. Il attribue cette diminution de poids au surmenage maternel, et il termine en montrant quel sort attend les enfants nés prématurément, par l'énoncé du chiffre très élevé de leur mortalité, 65,45 % en 1899, et ceci à l'établissement modèle des Débiles de la Maternité où pourtant rien n'est épargné.

Comment expliquer cette durée plus longue de la gestation chez les femmes reposées? C'est que l'utérus gravide doit surtout se développer dans la cavité abdominale et que toute cause qui tend à le faire pénétrer dans l'excavation dans les derniers mois de la grossesse, expose à une expulsion prématurée (**79**). Or la fatigue, la station debout ne peuvent que faire descendre l'utérus. Ceci est si vrai que le poids moyen des enfants conçus dans les bassins rétrécis est supérieur à celui des enfants conçus dans les bassins normaux.

Les statistiques faites à l'étranger confirment les travaux du professeur Pinard et de ses élèves. Couvelaire (**30**) cite les recherches faites dans le service de Schauta à Vienne, dans celui de Léopold à Dresde, dans celui de Reniselli à Ferrare. Les observations de Reniselli portent sur 2054 femmes. Les femmes qui ont séjourné à la Maternité deux semaines avant l'accouchement ont des enfants du poids moyen de 3.210 grammes, tandis que les enfants de femmes venues au moment de l'accouchement ne pèsent que 3040 grammes. La doctoresse Martinelli, à la clinique obstétricale de Turin, donne des chiffres à peu près identiques. En France, Eustache (**39**) signale le cas des ouvrières de filature à Lille qui

stationnent huit à dix heures debout devant leur métier et sont souvent prises par les douleurs à l'atelier. Aussi les enfants n'atteignent-ils en moyenne que le poids de 2800 grammes. Clapier (**28**) et Cury (**31**) rapportent dans leurs thèses des faits analogues. Langlois (**51**) estime à 290 grammes la différence de poids existant entre les enfants des femmes qui ont travaillé jusqu'au dernier moment et les enfants de celles qui se sont reposées. Cette question du repos de la femme pendant la grossesse a suscité d'ailleurs de nombreux travaux parmi lesquels nous citerons les thèses de Me Bernson (**8**); de Thiroux (**94**); de Gœpfert (**45**); de Roger (**88**); d'Astengo (**2**); de Perruc (**74**); de Séropian (**90**); de Péchin (**72**); de Mornet (**68**); le travail de Fauquet (**40**); et celui de Bouchacourt (**14**). Tous ces auteurs réclament une protection légale de la femme enceinte avant l'accouchement. Magniaux (**58**) a fait récemment observer, d'après des statistiques prises à la Maternité de Rouen, que la femme enceinte peut continuer à travailler jusqu'à son accouchement à condition que sa santé soit bonne, que son travail ne dépasse pas ses forces, qu'elle puisse se procurer une alimentation et un repos de nuit convenables. En dehors de ces conditions, dit-il, il faut assurer le repos à la fin de la grossesse. Nous croyons qu'il est peu d'ouvrières pouvant réaliser de telles conditions.

Nous voyons donc que la base de la puériculture intra-utérine est le repos. Il est rendu nécessaire par l'état de la femme enceinte à la fin de sa grossesse, il évite certaines causes de mortalité infantile en diminuant le nombre des débiles, en éloignant momentanément la future mère de professions fatigantes ou

toxiques. Mais pour que ce repos ait une influence salutaire sur la grossesse, sur le poids et la santé du fœtus, il faut qu'il ait une certaine durée, qu'il soit surveillé médicalement et enfin qu'il soit indemnisé pour éviter à la femme tout souci matériel.

Faut-il réclamer un repos de quelques mois comme le veulent certains auteurs, de peu de semaines comme le préfèrent d'autres ? — Le développement intra-utérin du fœtus se fait surtout pendant les deux derniers mois ; de plus, les chiffres de Bachimont ont démontré qu'il y a peu de différence entre le produit d'une femme s'étant reposée trois mois et celui d'une autre femme s'étant reposée davantage. C'est pourquoi le professeur Pinard demande un repos de trois mois et au Congrès d'Obstétrique de Nantes (1901) il fit voter la motion suivante à l'unanimité : « Toute femme a droit à l'assistance nécessaire pour se trouver dans les meilleures conditions hygiéniques pour elle et son enfant dans les trois derniers mois de la grossesse. »

Aux congrès internationaux d'hygiène de Turin (1882) et de la Haye (1884-85), on se mit d'accord pour fixer la durée du repos à 6 semaines avant l'accouchement. Pour Mauriceau, Bonnaire, Thiroux le repos doit être de deux mois. C'est ce terme qui fut adopté par l'Association Nationale pour la protection des travailleurs (29 janvier 1902).

Le Congrès National d'Hygiène tenu à Lyon (1894) s'était également arrêté à cette période de deux mois avant l'accouchement. Au Congrès des Mutualités Maternelles (novembre 1908), la commission médicale composée de médecins et d'accoucheurs proposa et adopta la résolution suivante présentée par Bonnaire :

« Le terme de sept mois révolus est la limite à partir de laquelle la cessation du travail devient nécessaire. Cette limite doit être avancée quand il est médicalement établi que la continuation du travail est dangereuse pour la mère et pour l'enfant. »

Queyrel, au Congrès national d'assistance de Reims (avril 1908), était arrivé à des conclusions identiques. Mais on ne saurait imposer le repos à l'ouvrière qui vit de son travail sans indemniser ce chômage forcé. Aussi, lorsque des vœux médicaux nous passons aux applications proposées par les sociologues, trouvons-nous de grandes réserves.

MM. Franck, Reiffer et Maingie proposent l'interdiction de travail 265 jours après les dernières règles observées, ce qui donne un repos de douze jours environ avant l'accouchement.

M. Strauss dans sa première poposition de loi sur l'assistance des mères, se basant exclusivement sur des considérations financières, ne réclamait qu'un repos durant la dernière quinzaine de la grossesse. Il est certain en effet, que la loi qui donnerait droit au repos pendant le dernier tiers de la grossesse nécessiterait un budget très élevé ; d'autre part, un repos de quinze jours est insuffisant car il est impossible d'évaluer à quinze jours près le terme probable d'une grossesse. S'il est indéniable que la cessation du travail, avant l'accouchement, doit être imposée, il est non moins certain que ce repos, quelle que soit sa durée, n'aura son entière efficacité que s'il est surveillé médicalement. Les consultations pour femmes enceintes, qui ne nécessitent aucun frais coûteux, aucune installation compliquée, existent dans la plupart des Maternités ou

hôpitaux des grandes villes. Elles sont faciles à établir partout où il y a un médecin ou à son défaut une sage-femme. La question du repos est plus difficile à résoudre. Le repos à domicile est souvent matériellement impossible à garder. Souvent la femme est obligée de travailler jusqu'au dernier jour pour subvenir à ses besoins et à ceux des siens. Comment ce repos pourra-t-il être obtenu et qu'a-t-on fait pour y arriver?

Devant l'insuffisance de l'assistance officielle, bien des œuvres se sont créées. La société de l'Allaitement Maternel fondée en 1876, par Me Béquet de Vienne, possède deux asiles, l'un, 203, Avenue du Maine, l'autre, 9, rue J.-B.-Dumas, contenant ensemble une centaine de lits. On y reçoit gratuitement les femmes dès le huitième mois de leur grossesse sans enquête, elles sont soumises à des examens fréquents et aux premières douleurs elles sont conduites dans un service d'accouchement. D'autres refuges, comme ceux de la Société Philanthropique (1885), 253, rue Saint-Jacques, du Foyer Maternel, 6 bis, rue de l'Abbé-Grégoire (1905), de la Maternité Sainte-Félicité, 7, rue Saint-Lambert, de l'Asile Sainte-Madeleine (1865), 8, impasse Robiquet, recueillent encore des femmes enceintes. Quelques sociétés assistent la femme enceinte dans les derniers mois de la grossesse : telles sont l'Association des Mères de famille (1885), l'Assistance maternelle et infantile de Plaisance, l'œuvre d'Issy-les-Moulineaux.

En province, citons l'œuvre de l'Association des Dames Mauloises à Maule (Seine-et-Oise) fondée en 1897 par le Docteur Pecker, qui secourt matériellement les femmes enceintes dans le dernier mois de leur grossesse, et qui les remplace par des gardes-malades dans

les soins de leur ménage ; la Société Maternelle du Havre qui fonctionne à peu près de même, l'œuvre de la Samaritaine de Lyon, l'œuvre de Saint-Raphaël de Bordeaux.

La Ville de Paris ne possède que trois asiles pour femmes enceintes. L'asile George-Sand, 3, rue Stendhal, et l'asile Pauline-Rolland, 35, rue Fessart, ont des lits réservés aux femmes enceintes, mais celles-ci ne peuvent y séjourner longtemps et vers sept mois et demi elles sont dirigées vers l'asile Michelet, 235, rue de Tolbiac, établissement dépendant de la Préfecture de la Seine et uniquement réservé aux femmes enceintes. Ouvert en 1893, il contient 200 lits. Acceptées dès sept mois et demi, les femmes enceintes sont surveillées médicalement, employées à des petits travaux de ménage ou de lingerie, et au moment des premières douleurs sont conduites dans un service d'accouchement hospitalier. Tous ces hospices rendent de grands services (**38**). Les femmes y trouvent aide et protection physique et morale. Comme on l'a dit, le refuge-ouvroir est « un sanatorium de grossesse » (**91**).

Les Mutualités Maternelles dues à l'initiative de MM. Poussineau et Brylinski (1891) ont institué le repos obligatoire de quatre semaines après les couches, indemnisé par de convenables allocations, mais la question du repos avant l'accouchement n'est pas assuré faute de ressources.

A côté des asiles cités plus haut, il existe dans les Maternités des dortoirs d'attente, qui reçoivent vers la fin de la grossesse les femmes présentant une affection quelconque, ou ayant besoin d'une surveillance efficace. Ils sont malheureusement absolument insuffisants.

En 1894 le Conseil Municipal a voté un crédit de 100.000 francs pour les secours de grossesse ; ils sont donnés à partir du septième mois, après enquête, par le Bureau de bienfaisance. Ces secours rendent des services, mais ont l'inconvénient de ne pas soumettre les mères au contrôle médical. Une assistance à domicile existe dans quelques communes, en particulier à Toulouse, à Saint-Rambert, à Villiers-le-Duc.

Jusqu'à cette année, l'Etat n'avait rien fait pour les femmes en couches, ou bien peu de choses. Si en effet la loi du 15 juillet 1893 assimile la femme en couches à une malade, lui assurant par cela même les secours médicaux et pharmaceutiques, elle ne prévoit aucun secours ni à la femme accouchée, ni à la femme enceinte. Cependant, dans quelques administrations de l'État, l'indemnité existe, comme dans les manufactures d'allumettes et de tabac.

Dans les Postes et Télégraphes, les employées ont droit à un congé de 35 jours avec traitement entier; dans l'instruction publique, les institutrices ont également trente jours avec traitement.

Et pourtant, la France qui se vante de marcher à la tête du progrès, s'est laissée distancer par plusieurs autres nations (93) dans cette question de la protection de la femme avant l'accouchement. C'est la Suisse qui la première montra l'exemple. L'article 15 de la loi fédérale du 23 mars 1877 exige pour les femmes salariées un repos obligatoire de deux semaines avant l'accouchement et de six semaines après l'accouchement. Le 5 octobre 1899 le Conseil fédéral complétait cet article par une loi assimilant l'accouchement à une maladie. Les femmes en couches ont droit à une

indemnité de chômage pendant six semaines. Cette loi ne s'applique pas seulement aux ouvrières des usines mais à toutes les salariées y compris les domestiques. La loi danoise interdit également le travail une semaine *avant* et quatre semaines après l'accouchement. Depuis le 17 juin 1913, la France possède, elle aussi, sa loi de protection des femmes en couches, grâce à l'initiative de deux hommes, le sénateur Strauss et le député Engerand. Ce n'est pas que le Parlement se soit désintéressé de la question, mais, comme nous allons le voir, tout restait à l'état de projets.

LA QUESTION DE LA PROTECTION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DEVANT LE PARLEMENT.

Nos législateurs contemporains, que préoccupait la question de la protection de la femme avant ses couches, ont pu puiser avec profit dans le décret de la Convention nationale du 28 juin 1793. On y trouve en effet la plupart des prescriptions légales proposées aujourd'hui au Parlement comme nouvelles.

Avant l'intervention de MM. Strauss et Engerand, M. le Comte de Mun en 1886, MM. Dron et Brousse en 1891, M. Constant Dulau en 1899, avaient déposé au Parlement, des propositions de lois intéressantes sur l'assistance maternelle, et provoqué d'utiles discussions à la Chambre et au Sénat.

C'est le 14 novembre 1899 que M. P. Strauss déposa au Sénat sa proposition de loi sur la protection et l'assistance des mères et des nourrissons. Cette proposition fut prise en considération le 15 mars 1900, et le 17 janvier 1902, M. Strauss présentait son rapport au nom de la commission chargée de l'examiner. Ce projet comprenait l'interdiction du travail des femmes dans l'industrie pendant la dernière quinzaine de la grossesse, avec

secours de grossesse et hospitalisation. Le 3 novembre 1903, la proposition venait en discussion au Sénat et était votée en première lecture. Pour faciliter l'application de cette nouvelle mesure, diminuer les charges qui en résulteraient et avec l'intention de poursuivre l'œuvre après une première étape, M. Strauss déposa, le 23 mars 1906, un rapport supplémentaire dans lequel le bénéfice de la loi était limité aux femmes enceintes employées dans les établissements visés par les lois du 12 juin 1893 et du 12 juillet 1903 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs. Le Sénat étudia le nouveau texte dans sa séance du 21 mars 1907. Après discussion, M. Caillaux, invoquant les charges trop lourdes imposées au budget, le fit renvoyer à l'examen de la Commission.

Un peu auparavant, le député Engerand déposait, le 5 juillet 1906, une proposition de loi sur la protection des femmes avant et après l'accouchement. Précédée d'un remarquable exposé des motifs précis et documentés, cette proposition se divisait en deux parties. Dans la première, M. Engerand demandait que la grossesse ne pût pas être une cause de rupture du contrat de travail; dans la seconde, il exprimait le désir que des subventions spéciales fussent accordées aux œuvres de mutualité maternelle et de secours aux femmes en couches. M. Engerand obtint satisfaction sur le deuxième point dès la fin de 1907; quant à la première partie de la proposition, elle fut examinée par la Commission du travail, rapportée par M. Bonnevay le 30 mars 1908, et enfin votée par la Chambre le 9 avril 1908.

Le 30 octobre 1908, le Sénat s'occupa à nouveau de la proposition de M. Strauss modifiée. L'article I de

cette proposition portait que les femmes en état de grossesse pouvaient quitter le travail sans avoir, de ce fait, à payer une indemnité de rupture. L'article II stipulait que certaines catégories d'ouvrières, arrivées à la dernière période de leur grossesse, auraient droit, dans des conditions spéciales, à certains secours indiqués à l'article III. Une discussion s'éleva à propos de l'article II. Le ministre des Finances se déclara partisan d'un système de subventions aux œuvres de mutualité maternelle plutôt que d'une loi calquée sur le modèle des dernières lois d'assistance. Il émit des craintes au sujet des dépenses qu'entraînerait l'application des dispositions contenues dans le projet de loi tel qu'il était présenté, et il demanda des précisions de texte. D'autre part, après une observation de M. le Sénateur Fortier visant l'extension du bénéfice de la loi à « toutes les femmes employées à la ville et à la campagne », M. Guillier présenta l'amendement suivant :

« Toute femme qui se livre habituellement à un travail rémunéré, arrivée à la dernière période de la grossesse, sur la production d'un certificat médical constatant qu'elle ne peut continuer le travail sans danger pour elle et l'enfant, aura droit aux secours dans les conditions indiquées à l'article III. »

Cette demande d'extension de loi conduisit le Sénat au renvoi de l'amendement à la Commission et à la suspension de la délibération, jusqu'au moment où la Commission serait en état de présenter un nouveau rapport.

Mais dans la même séance du 30 octobre 1908, le Sénat, appelé à délibérer sur la proposition Engerand acceptée à la Chambre, vota le contre-projet suivant, à article unique, de M. G. Poulle :

« La suspension de travail pour la femme, pendant le mois qui précède l'accouchement, ne peut être à elle seule une cause de rupture par l'employeur, du contrat de louage de services, et ce, à peine de dommages-intérêts au profit de la partie lésée. » Cet article unique fut adopté par la Chambre le 28 novembre 1908 et renvoyé devant le Sénat pour une deuxième délibération.

Le 11 juin 1909, le Sénat reprit la proposition. M. Julien Goujon intervint pour montrer les difficultés pratiques de l'application de cette nouvelle loi. Pour lui, le droit commun était suffisant. M. Strauss insista en faveur de l'urgence de la loi qui devait s'appliquer à toutes les mères, qu'elles appartiennent au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture. La discussion générale fut close, la discussion de l'article unique renvoyée à une séance ultérieure, et cet article adopté le 27 novembre 1909.

Enfin, se dévouant infatigablement à la question du repos obligatoire et indemnisé de la femme enceinte, M. Strauss continua à lutter. Il eut le bonheur de réussir et le 17 juin 1913, était votée la loi sur le repos des femmes en couches, promulguée au Journal Officiel du 19 juin 1913.

Voici le texte de cette loi :

LOI SUR LE REPOS DES FEMMES EN COUCHES.

Le Sénat et la Chambre des Députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

« ART. 1er. — Est codifiée dans la teneur ci-après et for-

mera l'article 29 *a* du livre Ier du Code du travail et de la prévoyance sociale la disposition suivante :

« Art. 29 *a*. — Les femmes en état de grossesse apparente pourront quitter le travail sans délai-congé et sans avoir de ce fait à payer une indemnité de rupture.

« Art. 2. — Sont codifiées dans la teneur ci-après et formeront les articles 54 *a* et 164 *a* du livre II du Code du travail et de la prévoyance sociale les dispositions suivantes :

Chapitre IV *bis*.

Repos des femmes en couches.

« Art. 54 *a*. — Dans tout établissement industriel et commercial ou dans ses dépendances, de quelque nature qu'il soit, public ou privé, même s'il a un caractère professionnel ou de bienfaisance, il est interdit d'employer des femmes accouchées dans les quatre semaines qui suivent leur délivrance.

« Art. 164 *a*. — En cas d'infractions aux dispositions concernant le travail des femmes récemment accouchées, les pénalités prévues par les articles précédents ne sont applicables au chef d'établissement ou à son préposé que s'il a agi sciemment.

« Art. 3. — Toute femme de nationalité française et privée de ressources, qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée, ou domestique, a droit, pendant la période du repos qui précède et suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière, sans que celle-ci puisse se cumuler avec aucun secours public de maternité.

« Art. 4. — Avant les couches, la postulante doit justifier par la production d'un certificat médical, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant.

Après les couches, l'allocation est accordée pendant les quatre premières semaines. L'allocation ne peut, tant pour la période qui précède que pour celle qui suit les couches, être maintenue pendant une durée totale supérieure à huit semaines.

Elle ne peut, à un moment quelconque, être accordée ou maintenue, que si l'intéressée, non seulement a suspendu l'exercice de sa profession habituelle, mais encore observe tout le repos effectif compatible avec les exigences de sa vie domestique, et que si elle prend pour son enfant et pour elle-même les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que lui donnera à cet effet la personne désignée par le bureau d'assistance.

« Art. 5. — L'allocation journalière est réduite de moitié en cas d'hospitalisation pendant toute la durée de celle-ci, si l'intéressée n'a pas d'autre enfant vivant au-dessous de treize ans.

« Art. 6. — L'admission au bénéfice de la présente loi est prononcée dans les conditions fixées au titre III de la loi du 15 juillet 1893 par les articles 12 et 19 inclus, en ce qui concerne les postulantes ayant leur domicile de secours dans la commune de résidence, et par les 2e et 3e alinéas de l'article 20 et l'article 23 pour les autres postulantes.

L'allocation est supprimée dès que les diverses conditions requises pour avoir droit à l'assistance ne sont plus remplies, ou dès qu'il est constaté que des déclarations inexactes ont été fournies par la postulante. Cette suppression fait l'objet d'une décision nouvelle, dans la forme prévue par les admissions.

« Art. 7. — L'allocation est incessible et insaisissable. Elle est payée à l'assistée. Elle peut être donnée en nature, en totalité ou en partie.

« Art. 8. — Les voies et moyens destinés à assurer le fonctionnement du service institué par la présente loi seront fixés par la loi de finances.

« Art. 9. — Le domicile de secours s'acquiert et se perd dans les conditions prévues par la loi du 15 juillet 1893.

« Art. 10. — Toute mutualité maternelle, toute œuvre d'assistance, préalablement agréée à cet effet par décret rendu sur la proposition des ministres de l'Intérieur et des Finances, après avis de la section compétente du Conseil supérieur de l'Assistance publique, peut être chargée par le conseil municipal, le bureau d'assistance consulté, d'assurer le fonctionne-

ment de la présente loi dans la commune où elle a établi son siège social ou des sections. Dans ce cas, l'admission au bénéfice de la loi, et le retrait éventuel de ce bénéfice continuent à être prononcés, conformément aux dispositions de l'article 6. Le rôle des œuvres consiste à assurer directement le service des allocations aux bénéficiaires et à exercer la protection et la surveillance hygiéniques prescrites par la loi ; elles reçoivent à cet effet les subventions de l'État, du département et de la commune. Le traité passé entre l'œuvre et la commune sera soumis à l'approbation du préfet.

« Art. 11. — Des règlements d'administration publique détermineront les mesures nécessaires pour assurer les conditions d'application, de fonctionnement et de contrôle de la présente loi.

« Art. 12. — La présente loi ne sera applicable qu'après la promulgation de la loi de finances visée par l'article 8.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des Députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 17 juin 1913.

R. Poincaré.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,
L.-L. Klotz.

Le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale,
Henry Chéron.

Pour de plus amples détails, on se reportera à une longue circulaire ministérielle parue au Journal Officiel du 11 août 1913, qui a pour but d'exposer l'économie générale de cette législation nouvelle et d'indiquer les mesures à prendre d'urgence pour en assurer l'application dans les délais prescrits, c'est-à-dire à partir du 1er janvier 1914.

ROLE DES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS.

L'on s'accorde généralement à attribuer à Budin l'honneur d'avoir organisé à l'hôpital de la Charité, au mois de juin 1892, la première Consultation de nourrissons. L'idée n'était point absolument neuve. Le docteur Mocquot (d'Appoigny) a retrouvé des pièces établissant que pendant la Révolution, en 1794, une consultation avait été installée dans un village du district d'Auxerre. En 1866, à l'Académie de Médecine (**69**), Odier, en son nom et au nom de Blache fils, dans une note sur les causes de la mortalité du nouveau-né et les moyens d'y remédier, proposait la surveillance médicale des nourrissons avec pesée obligatoire chaque semaine. En 1890, le professeur Hergott (**47-48**) fondait à Nancy, une œuvre dite « de la Maternité », destinée à encourager, grâce à des primes, l'allaitement maternel. Enfin, le docteur R. Ulecia y Cardona a réclamé pour l'Espagne la priorité de la création des Consultations de nourrissons, dont la première aurait été fondée par F. Vidal Solares, à l'hôpital des Enfants pauvres de Barcelone (**96**). Alors que Hergott se proposait comme but essentiel de stimuler l'allaitement maternel, Budin alla plus loin et organisa le contrôle systématique des nourrissons nés dans la Maternité, et continué après la sortie des femmes. « J'étais frappé,

disait-il (23), d'une réponse qui m'était faite par les femmes qui revenaient accoucher dans le service. Je leur demandais ce qu'était devenu l'enfant qu'elles avaient mis au monde, et souvent elles me disaient : il est mort. En effet, sorties de l'hôpital, elles n'avaient pour les guider que la vaste expérience des grand'mères, des concierges ou des herboristes. Imprégnées de tous les préjugés, elles avaient commis faute sur faute, leurs enfants étaient tombés malades, et avaient succombé. Il était donc de toute nécessité de continuer à diriger les mères, de les engager à continuer l'allaitement au sein autant que possible, et dans le cas où cet allaitement deviendrait insuffisant, de les aider en leur donnant du lait de vache de bonne qualité et stérilisé. Ainsi naquit la première consultation. »

Nous ne voulons pas faire ici l'histoire complète des Consultations de nourrissons ; nous renvoyons à la monographie du professeur Maygrier (63) et aux nombreuses thèses où ce sujet est largement traité. Budin eut le plaisir de voir ses efforts et ceux de ses élèves récompensés. De nombreuses Consultations se fondèrent dans toute la France et même à l'étranger. En 1903, Paris en comptait 25 et en 1909, il n'y avait que vingt départements dépourvus complètement de Consultations (4). Deux ans après Budin, le docteur Dufour, de Fécamp, fonda sous le nom de « Goutte de Lait » une œuvre destinée à lutter contre l'excessive mortalité des enfants de la ville, élevés artificiellement, en leur distribuant du bon lait. C'est « faute de mieux » que cette œuvre fut entreprise et on ne cesse de répéter aux intéressés qu' « une mère de famille ne doit jamais pouvoir se reprocher

de ne pas avoir tout fait pour allaiter son enfant » (37). D'ailleurs, au premier Congrès international des Gouttes de Lait, cette institution fut ainsi définie (29) :

« La Goutte de Lait est une œuvre qui lutte contre la mortalité infantile par tous les moyens possibles : 1° elle donne des conseils aux mères ; 2° elle encourage l'allaitement maternel ; 3° elle distribue du lait quand le sein fait défaut ou est insuffisant. »

L'œuvre de Budin et celle de Dufour visent donc au même but et procèdent d'un programme absolument identique. Et pourtant on a voulu établir une distinction absolue entre la Consultation de nourrissons, école d'allaitement maternel réservée aux accoucheurs, et la Goutte de Lait, école d'allaitement artificiel réservée aux pédiâtres. Cette idée, soutenue par M. Variot (98), au Congrès des Gouttes de Lait tenu à Paris en 1905, fut vivement discutée et repoussée. Qu'importe en effet la qualité de celui qui élève, accoucheur ou pédiâtre, pourvu qu'il élève bien, et à qui, dans ces conditions, confiera-t-on l'allaitement mixte ? Certes, au début, les accoucheurs avaient dans leurs consultations une majorité d'enfants élevés au sein, puisqu'on oblige les mères qui viennent accoucher dans les Maternités à nourrir leurs petits. D'autre part, certaines Gouttes de Lait, en distribuant trop largement le lait, voyaient leur clientèle composée surtout d'enfants élevés au biberon et méritaient le nom « d'institutions dangereuses» que le professeur Pinard (77) leur donnait.

Mais actuellement, comme le fait remarquer M. Péhu (73), cette distinction, encore maintenue à tort par certains auteurs, entre Gouttes de Lait médicales et Consul-

tations obstétricales, n'a plus sa raison d'être. D'une part les directeurs des Consultations de nourrissons ont élargi les cadres de ces dernières, en y admettant les enfants venus du dehors au même titre que ceux nés dans l'hôpital, ainsi que les enfants allaités artificiellement, créant ainsi une œuvre ouverte à tous les nourrissons sans aucune distinction. D'autre part, stimulés par les critiques, les médecins fondateurs de Gouttes de Lait se sont ingéniés à encourager l'allaitement maternel avant tout, et à ne distribuer le lait que poussés par la nécessité. On le voit donc, Consultations de nourrissons et Gouttes de Lait c'est tout un. On ne peut concevoir une Goutte de Lait sans Consultation de nourrissons, et ces œuvres gagneraient à s'appeler des Consultations de nourrissons-Gouttes de Lait. A notre connaissance, une seule Goutte de Lait, celle de Caen, fonctionne encore à l'état isolé ne recevant que des enfants nourris artificiellement sans avoir annexé à ses services une Consultation de nourrissons pour les enfants nourris au sein.

En attendant que les conditions sociales permettent à chaque mère d'allaiter son enfant, ou d'être, comme le voudrait Lagneau, la nourrice payée de son enfant, toute œuvre qui a pour but le sauvetage du nouveau-né, qu'elle s'appelle Consultation de nourrissons, Goutte de Lait, doit autant que possible utiliser l'allaitement maternel, puis l'allaitement mixte, et enfin l'allaitement artificiel, en s'inspirant des circonstances sociales, du milieu et des besoins.

Nous ne voulons pas nous étendre ici sur le fonctionnement d'une Consultation de nourrissons-Goutte de Lait. Ce sujet a été l'objet de nombreux travaux, et

nous renvoyons principalement à l'excellent ouvrage du docteur Jarricot (**50**). Nous voudrions simplement résumer ce que se proposent actuellement les Consultations de nourrissons et montrer que le champ d'action de ces institutions ne doit pas s'exercer simplement sur les mères, mais aussi sur les futures mères, les institutrices, les sages-femmes et enfin les futurs médecins.

Envisageons tout d'abord le rôle de la Consultation dans l'instruction des mères. Si l'on veut qu'une œuvre de ce genre donne le maximum de résultats, il est indispensable d'y faire, et cela par tous les moyens possibles, une propagande acharnée en faveur de l'allaitement maternel. Quand une mère amène un enfant sevré depuis quelques jours, il faut s'efforcer qu'il soit remis au sein, et parfois on y parviendra. Pour les enfants mis au biberon dès la naissance et que l'on conduit à la Consultation au bout du premier et deuxième mois, il ne faut pas considérer sa tâche terminée quand on a donné des conseils à la mère et du lait stérilisé pour son enfant. Cette mère de famille, presque toujours jeune, aura dans la suite d'autres enfants ; en surveillant celui qu'elle a privé de son lait, souvent par ignorance, il faut chercher à la convaincre que l'allaitement maternel présente de tels avantages qu'elle devra nourrir elle-même les autres enfants qu'elle mettra au monde. Il faut lui faire comprendre les difficultés, les dangers du biberon et cela, en lui faisant comparer le bel enfant bien en chair, rosé, plein de vie, nourri au sein, et l'athrepsique nourri au biberon. Un tel spectacle, croyons-nous, fera plus que tous les discours. Il faut surtout redoubler d'efforts, dit le docteur Bresset (**16**), « quand la femme annonce qu'elle

va être mère à nouveau. On lui conseille d'aller faire ses couches dans une maternité où on lui apprendra dès les premiers jours les principes de l'allaitement maternel, et on sera heureux quand on reverra la mère amener cette fois un enfant au sein ou au moins à l'allaitement mixte. » Gasse (**43**) signale les heureux résultats de cette campagne acharnée faite par le docteur Bresset. 42 femmes redevenues enceintes ont amené leurs nourrissons dès les premiers jours, et la proportion d'allaitement maternel, qui n'avait été antérieurement parmi elles que de 50 °/₀, est montée à 67 °/₀. Flour (**42**) rapporte les chiffres suivants. Dans une première série de nourrissons on a compté 40,7 °/₀, d'allaitement artificiel. Les 139 mères de ces nourrissons ont amené dans la suite 168 enfants, et ces mêmes femmes dans cette deuxième série de nourrissons n'ont donné le biberon que dans la proportion de 6,5 °/₀. Ces résultats, il faut le savoir, ne s'obtiennent pas de suite. Il faut que l'expérience de la mère se fasse, qu'elle se persuade que le médecin, qui lui apprend à élever son enfant, doit être écouté ; c'est une affaire de temps, de patience, c'est le résultat d'une émulation qui s'établit fatalement entre les mères, et que le directeur de la Consultation doit savoir favoriser et souvent susciter. Mais on n'intéresse trop souvent les femmes à leur propre sort et à celui de leur nourrisson que par des réalités palpables, fussent-elles très minimes. Aussi doit-on encourager la mère à faire son devoir, en lui distribuant des primes, des secours, qui varieront selon les ressources de l'œuvre.

Ce n'est pas tout d'obtenir que l'enfant soit au sein. Il est une croyance, et c'est aussi la conviction de cer-

tains médecins, à savoir que l'enfant nourri au sein est en pleine sécurité et s'élèvera tout seul. Le docteur Variot (**97**) écrit : « La plupart des femmes qui nourrissent au sein n'ont pas besoin de médecin, les enfants au sein sont en sécurité et les accoucheurs font un travail peu utile en pesant chaque semaine des enfants qui se développent bien. » Nous ne pensons pas comme M. Variot et nous croyons que l'allaitement au sein arrive à conférer une immunité à peu près parfaite, et à prendre toute sa valeur, à la condition absolue d'être surveillé médicalement. Les jeunes mères font généralement leur éducation maternelle sur le premier bébé, ce qui a permis à Budin (**21**) de dire : « que d'enfants allaités au sein qui meurent par la faute des mères ! » ; car il ne faut pas oublier que « distribuée d'une manière irrationnelle, la plus parfaite des nourritures peut devenir nuisible » (Marfan). De nombreux travaux ont d'ailleurs prouvé l'importance d'une direction médicale dans l'allaitement au sein ; citons ceux de Mion (**67**), de M^lle^ Genouy (**44**), l'article de Quillier (**87**), la thèse de Duché (**35**) qui cite le fait suivant : « Bien que les populations houillères et maritimes du Pas-de-Calais pratiquent l'allaitement au sein dans la proportion de 90 %, elles détiennent cependant le triste record de la mortalité infantile, laquelle est véritablement la conséquence de l'erreur de la mère qui donne le sein inconsidérément, selon son caprice ou celui de l'enfant. »

S'il est nécessaire de diriger l'allaitement maternel, on conçoit combien il est encore plus nécessaire de diriger l'allaitement artificiel. La tâche n'est pas toujours facile, car il faut combattre d'innombrables préjugés, des pratiques étranges (**33**) qui sont le fruit de

la prétendue expérience des grand'mères, des voisines, des concierges et qui tuent chaque année des milliers d'enfants. Il faut du temps pour faire comprendre aux mères la nécessité d'assurer la régularité, la réglementation de l'allaitement, de pratiquer la diète hydrique, d'assurer un sevrage graduel, de guider l'enfant dans le cours de la seconde année où les dangers sont encore si nombreux, de se soumettre aux règles d'hygiène la plus élémentaire. Il ne faut laisser passer aucun accident issu d'une routine ou de l'ignorance; il faut faire une éducation maternelle autant qu'un élevage de l'enfant, car la consultation est avant tout une école de puériculture, c'est la véritable « école des mères » suivant l'expression heureuse de H. de Rothschild.

Mais si instruire les mères est bien, instruire les futures mères serait encore mieux. Budin faisait émettre au Congrès de Bruxelles le vœu qu'un enseignement d'hygiène infantile élémentaire fût donné dans toutes les écoles de jeunes filles. A la même époque, le professeur Pinard faisait des cours de puériculture dans les écoles de Paris. Dans plusieurs écoles normales l'exemple a été suivi. On a compris qu'il était nécessaire qu'un enseignement méthodique fût donné dans toutes les classes de la société aux grandes élèves des écoles primaires, des lycées. Or cet enseignement, pour être efficace, devra être complété par l'enseignement pratique qui pourra s'effectuer d'une façon complète et très aisée dans la Consultation de nourrissons. Il est une catégorie de jeunes filles pour qui un stage dans une consultation serait très désirable, ce sont les élèves des Écoles normales d'institutrices (49) et des Écoles normales supérieures, puisque les nouveaux programmes

les chargent d'un enseignement de la Puériculture. Cet enseignement se fait déjà à Porchefontaine, et le professeur Pinard, émerveillé des résultats obtenus dans cet Institut de Puériculture, souhaitait avec l'Académie de Médecine (**80**) la fondation d'établissements similaires dans toutes les villes où se trouve une École normale d'Institutrices. En attendant, nous croyons que, faute de mieux, les Consultations de nourrissons pourront rendre des services utiles pour ce genre d'enseignement, et elles existent partout.

En 1903, le professeur Marfan, dans son rapport présenté à la ligue contre la Mortalité infantile (**59**), souhaitait qu'une instruction sérieuse sur l'hygiène et les maladies de la première enfance fût donnée aux étudiants en médecine, et ce, en leur faisant suivre les Consultations de nourrissons. Il s'étonnait à juste titre de voir la Faculté posséder un Institut de médecine coloniale, alors qu'un Institut d'Hygiène et des maladies des nourrissons n'existait point.

En 1908, le professeur Pinard (**81**), dont on connaît le peu d'enthousiasme pour les Consultations de nourrissons, écrivait : « Mes collègues ont créé dans leurs Maternités un organisme constituant un bienfait pour les étudiants en médecine, qui peuvent étudier maintenant l'hygiène du nouveau-né. Avec ces consultations suivies par un certain nombre d'enfants, les étudiants peuvent et pourront observer les crises subies par l'enfant pendant les deux premières années. » Au dernier Congrès des Gouttes de Lait, le professeur Marfan (**60**) demandait que tous les étudiants en médecine fussent obligés de faire un stage d'au moins deux mois dans une section de nourrissons, où ils recevraient un ensei-

gnement didactique et clinique, sanctionné par un examen spécial. Le 13 février 1913, le Conseil de la Faculté votait à l'unanimité la création d'une chaire d'Hygiène et de Clinique de la première enfance. Ce besoin se faisait sentir depuis longtemps. Nous souhaitons que le titulaire de la chaire, en plus de l'enseignement didactique dont nous reconnaissons la valeur, fasse en sorte que l'enseignement clinique et pratique tienne une grande part. Nous pensons qu'un étudiant tirera plus de profit en fréquentant un Institut de Puériculture ou une Consultation de nourrissons qu'en suivant un cours d'hygiène infantile. Que lui importe de connaître les travaux que l'on a faits pour déterminer la ration alimentaire du nourrisson en tenant compte du poids, de l'âge, de la taille, etc..., si comme conclusion on lui dit que cette ration est propre à chaque enfant, est en un mot « individuelle ». L'étudiant se rendra beaucoup mieux compte de cette vérité en suivant deux enfants du même âge, soumis au même mode d'allaitement, progressant tous deux, mais ne recevant pas chacun la même quantité de lait ; ou bien encore en voyant un nourrisson de huit mois augmenter avec la ration alimentaire qui en fait pousser péniblement un autre de sept mois. La Consultation ne se contente pas d'être l'école des mères, elle doit aussi être l'école des médecins (**61**).

A côté du médecin et au même titre qu'à lui, il revient à la sage-femme d'être le plus actif et le mieux qualifié combattant contre la mortalité infantile. Ne sont-ce pas les sages-femmes qui abordent le plus d'accouchées et chez lesquelles les mères viennent le plus souvent prendre conseil ! Elles doivent donc être

les premières à connaître le bénéfice à retirer de l'allaitement maternel d'abord, de l'alimentation rationnellement conduite ensuite au cours du sevrage. Nulle part la sage-femme ne sera à meilleure école qu'en suivant une Consultation de nourrissons. S'adressant aux sages-femmes de la Maternité, le professeur Bonnaire (**13**) leur disait : « Vous vous efforcerez, après ce que vous aurez vu, à donner à la mère hésitante, par vos conseils pressants et persuasifs, l'effroi du biberon ; chaque fois que vous serez parvenues à attacher solidement et définitivement l'enfant au sein qui lui appartient, vous serez payées de votre peine par la joie d'avoir accompli votre devoir. » Si toutes les sages-femmes voulaient réaliser ce programme, on épargnerait chaque année la vie de plusieurs centaines d'enfants.

Nous voyons combien est vaste le champ d'action des Consultations de nourrissons et les nombreux services qu'elles sont susceptibles de rendre dans la lutte contre la mortalité infantile. Nous voudrions dire cependant un mot d'une institution qui a d'ardents partisans et qui, annexée à une Consultation, renforcerait de beaucoup son action heureuse. Tant que l'on surveille des enfants atteints de troubles digestifs peu graves, tout va bien. Mais si un jour une mère amène un nourrisson gravement malade, à la suite d'une alimentation défectueuse donnée par elle-même ou par une nourrice, on conçoit que les conseils ne sont plus suffisants. Cet enfant qui exige des soins délicats, un régime spécial qu'il ne pourra trouver chez lui et qui pourtant devrait guérir, est abandonné aux seuls soins de sa mère et souvent finit par mourir chez lui, ou à la crèche de l'hôpital où il aura presque

fatalement contracté une maladie contagieuse. Si à la Consultation était annexée une petite infirmerie, où l'enfant confié *temporairement*, recevrait d'un personnel instruit et sous la direction du médecin, les soins que nécessite son état, on pourrait sauver chaque année quelques existences de plus. Une infirmerie de ce genre fonctionne à la Pouponnière de Porchefontaine et y rend les plus grands services.

CRITIQUES FAITES AUX CONSULTATIONS DE NOURRISSONS.

Toute œuvre, quelle qu'elle soit, est toujours critiquée. Les Consultations de nourrissons n'ont pas échappé à cette loi générale. De parti pris on a mis en doute leur utilité, on a même été jusqu'à prétendre que là où elles s'établissaient la mortalité infantile, au lieu de diminuer, augmentait. Leurs statistiques ont été mises en doute : nous nous expliquerons sur ce point un peu plus loin dans le chapitre réservé à l'étude des résultats des consultations. On a été plus loin encore; on leur a reproché leur nom que l'on voudrait voir remplacer par celui de « Surveillance médicale des nourrissons ». Nous laisserons de côté ces critiques de peu d'importance pour ne nous occuper que de celles qui peuvent paraître légitimes à un premier examen.

On a tout d'abord reproché aux Consultations de nourrissons d'exposer les enfants, lorsque le froid est rigoureux, à contracter des affections des voix respiratoires.

Budin (**24**) a répondu à cette objection en déclarant qu'il n'avait jamais observé d'accidents dus à cette cause. Il faudrait d'ailleurs, disait-il, « penser que du mois d'octobre au mois d'avril, jamais les mères ne font

sortir leurs bébés et qu'elles les laissent constamment enfermés à la maison ». Nous pensons qu'il suffit de recommander aux mères de bien couvrir leurs enfants quand il fait froid, et de s'abstenir de venir à la Consultation, si un jour la température était exceptionnellement rigoureuse, pour ne pas avoir à se reprocher d'accidents pulmonaires dus au refroidissement.

La question du « coup de chaleur » chez les nourrissons actuellement à l'ordre du jour, ne nous arrêtera pas. La solution est simple. Il suffit de faire la Consultation de bonne heure, dans la matinée, de façon à permettre aux mères de rentrer chez elles avant que la température ne soit trop élevée. Une heure commode nous paraît être de 8 heures et demie à 10 heures.

Mais il est un reproche, tout à fait légitime, il faut l'avouer, qui doit être pris en considération, c'est la promiscuité des enfants dans la salle d'attente et les dangers de contagion qui en résultent. Les hygiénistes sont d'accord pour reconnaître les méfaits de toute agglomération d'enfants, et les médecins des hôpitaux d'enfants ont attiré depuis longtemps l'attention de l'Administration sur les conditions fâcheuses dans lesquelles se faisaient leurs consultations externes.

Il est malheureusement vrai que certaines affections contagieuses ont été contractées aux Consultations de nourrissons. Le docteur Chavane a rappelé que pendant les vacances de 1893 il y a eu, à la Charité, par suite de l'imprudence d'une mère qui amena à la Consultation son enfant atteint de rougeole, une épidémie qui fut grave puisque deux enfants succombèrent. MM. Porak et Katz ont également rapporté plusieurs cas de contagion à la consultation de la Maternité. Le

danger a été de nouveau signalé par le professeur Pinard à la Commission de dépopulation ; c'est d'ailleurs le gros reproche que fait cet accoucheur aux Consultations de nourrissons.

On a dit que ces faits de contagion étaient extrêmement rares grâce aux mesures le plus habituellement prises et qui consistent à ne jamais admettre dans la salle commune un enfant sans lui avoir fait subir un examen prouvant son bon état de santé général. Or ces précautions ne sont pas toujours prises, et d'ailleurs un enfant peut être contagieux, alors que son examen, fait toujours un peu rapidement, ne décèle rien d'anormal.

Le docteur Bresset (**19**) pense que le plus sûr moyen d'éviter le séjour de contagieux dans la salle d'attente est de faire comprendre aux mères qu'elles doivent avertir dès leur arrivée, dans l'intérêt de leur enfant, si celui-ci présente quelque chose d'anormal. Mais il faut compter avec la mentalité de certaines femmes qui fréquentent la Consultation ; il suffit de lire l'observation rapportée par MM. Porak et Katz (**85**), qui furent obligés d'expulser à deux reprises différentes de la salle d'attente une femme atteinte de rougeole qui contagionna 11 nourrissons.

Enfin certains auteurs ont prétendu que les dangers de contagion étaient presque à négliger, car le nourrisson offre une immunité contre les fièvres éruptives et certaines maladies infectieuses. Voici ce que dit M. Variot (**99**) à ce sujet : « Il est permis de considérer les craintes du professeur Pinard comme très exagérées, lorsqu'il parle de la propagation de la rougeole et de la coqueluche dans les Consultations de

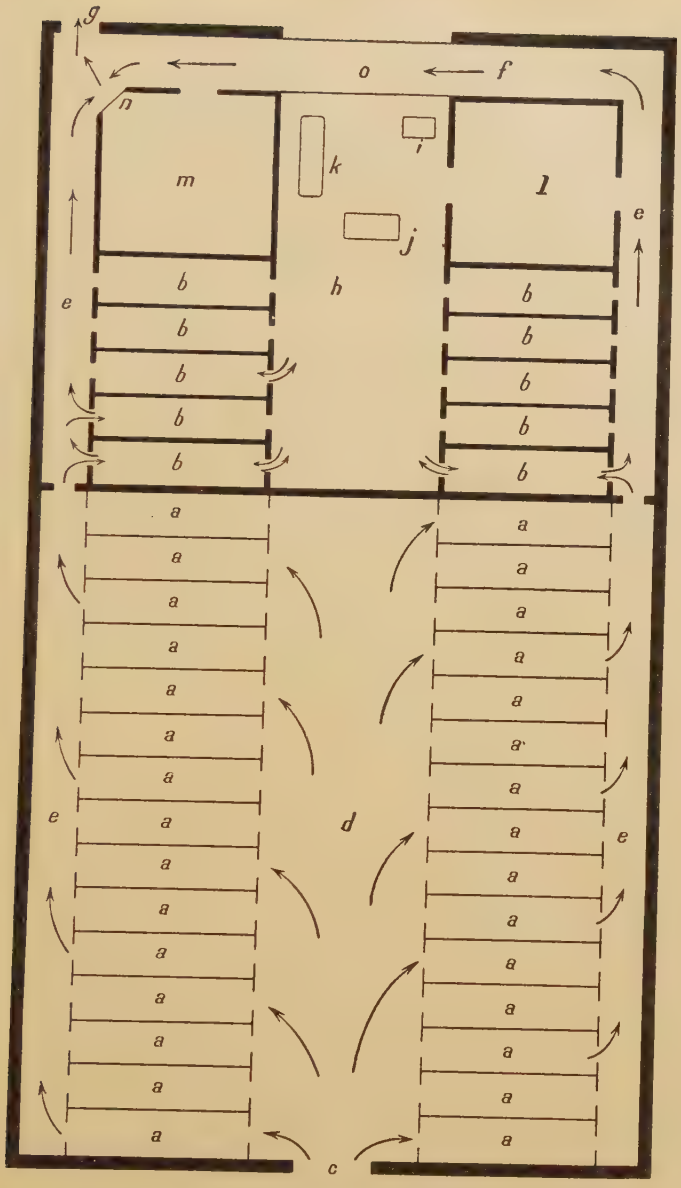
nourrissons. Ces maladies sont très peu communes dans le premier âge, et les pédiâtres savent bien qu'il est rare de rencontrer des enfants âgés de moins d'un an dans les pavillons où l'on isole les maladies contagieuses : rougeole, scarlatine, diphtérie. Depuis près de vingt ans que j'inspecte régulièrement des milliers de bébés à la Consultation de la Goutte de Lait de Belleville, je n'ai jamais constaté chez eux d'épidémie. » — C'est là un fait exceptionnel. — A l'asile de Médan, MM. Méry et Malhéné (**65**) rapportent que du 15 mars 1910 au 1er janvier 1913, il y a eu 200 entrées d'enfants. On a constaté 48 décès, dont 23 furent causés par la rougeole, 2 par la diphtérie, 8 par les affections digestives et l'atrophie. — Tout en reconnaissant qu'il existe une immunité des nourrissons contre certaines fièvres éruptives et certaines maladies infectieuses, il faut bien se dire que cette immunité existe surtout dans les premiers mois qui suivent la naissance et que dans une Consultation on reçoit des enfants jusqu'à l'âge de deux ans. Les dangers de contagion subsistent donc. Enfin il ne saurait être question d'immunité quand il s'agit de certaines formes de grippe ou de broncho-pneumonie à nature mal définie.

Aussi, cette crainte de la contagion a-t-elle incité les directeurs de Consultations à exiger une salle de plus. C'est ainsi qu'à la fondation Budin (**52**) il existe une salle d'attente où les femmes pénètrent quatre par quatre ; les enfants y sont examinés et pénètrent ensuite dans la salle de pesage. C'est déjà là un progrès sérieux, mais nous pensons que pour avoir le maximum de sécurité, il faut recourir au système d'isolement en boxes dès l'arrivée de la mère et de son enfant.

Dans une conférence faite à Valenciennes, le 8 juin 1913, M. le docteur Lesage (**53**) a montré ce que devait être une salle de consultation répondant à ce but. C'est à son obligeance que nous devons le plan [1] reproduit ci-contre. Dès leur arrivée à la Consultation, la mère et l'enfant sont isolés dans des boxes dits d'attente (*a*). Ces boxes sont séparés les uns des autres par des parois fixes munies de carreaux, d'une hauteur de 2 m 20 et ont une double issue sur le couloir central (*d*) et le couloir latéral (*e*). Par ce couloir latéral (*e*) l'enfant et sa mère passent dans une des chambres de déshabillage (*b*), complètement closes et séparées de la salle d'attente par un mur allant jusqu'au plafond. On possède ainsi des chambres fermées, qui étouffent les cris et rendent l'examen plus commode. Dans ces chambres, le mobilier sera réduit au strict nécessaire, une simple chaise ou même un tabouret, et une table où la mère posera les vêtements de son enfant. Comme la contagion par les vêtements est surtout à craindre, ce mobilier devra être facile à laver et à désinfecter. D'ailleurs, pour plus de sécurité, avant qu'une nouvelle femme ne pénètre dans cette chambre, on passera sur la table un linge imprégné d'une solution antiseptique ; l'on pourrait également poser sur la table un papier de soie que l'on changerait pour chaque enfant.

L'enfant déshabillé est conduit dans la salle de visite (*b*), bien éclairée par un couloir vitré (*o*). Là, l'enfant est pesé, examiné par le médecin, reconduit à la

1. C'est sur ce plan que sera construite la salle de la Consultation de nourrissons de Valenciennes que nous serons appelé à diriger dans le courant de 1914.



PLAN GÉNÉRAL D'UNE SALLE DE CONSULTATION DE NOURRISSONS

a, boxe d'attente ; *b*, boxe de déshabillage ; *c*, porte d'entrée ; *d*, couloir central ; *e*, couloir latéral ; *f*, couloir de sortie ; *g*, porte de sortie ; *h*, salle de visite ; *i*, balance ; *j*, table ; *k*, lit d'examen ; *l*, cabinet du médecin ; *m*, salle de distribution de lait avec cuisine de lait au sous-sol ; *n*, guichet ; *o*, couloir vitré.

chambre de déshabillage (*b*), et sort par le couloir latéral (*e*) et le couloir de sortie (*f*). Dans ce couloir de sortie, en (*n*) se trouve un guichet donnant dans la salle de distribution de lait (*m*), où la mère viendra chercher le lait. La sortie définitive se fait en (*g*).

Récemment, dans un article en date du 16 août 1913, le docteur Tilmant demande également que les Consultations de nourrissons se fassent à l'aide de boxes pour éviter toute crainte de contagion (**95**). C'est là, en effet, le seul remède au danger véritable qui résulte d'un rassemblement d'enfants. Une telle installation demande de l'argent, et malheureusement les hygiénistes ne sont jamais d'accord avec les personnes chargées d'établir un budget.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LES CONSULTATIONS DE NOURRISSONS.

ÉTUDE STATISTIQUE.

Deux moyens nous permettent d'apprécier les bienfaits d'une consultation de nourrissons ; c'est, d'une part, la constatation de la diminution de la mortalité infantile, et, d'autre part, l'augmentation de l'allaitement au sein partout où une œuvre de ce genre fonctionne.

1° Diminution de la mortalité infantile.

Convaincu des résultats heureux que donnent les Consultations de nourrissons, nous regrettons la publication de certaines statistiques, établies sans méthode, qui n'ont servi qu'à mettre en doute l'heureuse action de ces institutions. Comme le fait remarquer Bels, dans sa thèse (**9**), malgré son apparente simplicité, c'est un travail très délicat, souvent impossible, que de dresser une statistique permettant d'apprécier exactement les résultats fournis par une Consultation de nourrissons. Il ne suffit pas de réunir des chiffres, il faut encore s'inspirer de principes de logique dont l'oubli empêcherait toute interprétation rationnelle et valable ; sinon la statistique devient la « bonne fille dont on

tire tout ce que l'on veut ». — Or, c'est ce que font certains directeurs de Consultations de nourrissons ou de Gouttes de Lait. — Ils publient des travaux de jour en jour plus nombreux où se trouvent exposés les résultats obtenus dans tel ou tel de leurs établissements, et résument par un chiffre généralement très bas la mortalité infantile qui y a été observée. Ce chiffre représente le pourcentage des décès enregistrés par la Consultation, comparé à la mortalité infantile de la localité où fonctionne la Consultation. Il arrive alors qu'on attribue une très grande importance à ce fait que si la ville accuse une mortalité infantile de 17 °/₀ par exemple, la Consultation ne présente qu'une mortalité de 8, de 6, voire même de 1 °/₀, ce qui amène à cette conclusion, si elle n'est déjà pas exprimée par l'auteur, que la mortalité infantile y a été réduite, grâce à son action bienfaisante, à la moitié, au tiers, au dixième de ce qu'elle est en ville. Il faut mal connaître les facteurs morbides multiples qui interviennent dans la mortalité infantile pour admettre que celle-ci puisse être réduite à 2 °/₀, et même, comme il l'a été écrit, à 0 °/₀. L'observateur qui enregistre de tels résultats peut être de bonne foi, mais il est victime d'une illusion dans le maniement de la statistique. Si tous les nourrissons suivis par la Consultation y étaient amenés dès leur naissance, la comparaison entre la mortalité de la ville et la mortalité de la Consultation fournirait des renseignements précis. Mais l'inexactitude de ce procédé apparaît dès que l'on songe que les enfants sont portés à la Consultation à l'âge de un, deux, trois mois, voire davantage, alors qu'ils ont déjà dépassé les périodes où les probabilités de mort sont les plus

grandes pour la première année. Si donc, en tenant compte de ce facteur, la Consultation de nourrissons recevait 100 enfants âgés de un mois, on conçoit que leur mortalité, de ce jour à la fin de la première année, ne pourrait plus être de 17 °/₀ comme dans la ville, mais qu'elle devrait atteindre un chiffre bien plus bas. Il y a donc déjà là une erreur d'évaluation à corriger. Mais ce n'est pas tout. Il importe également de savoir la durée de la fréquentation de l'enfant à la Consultation, et enfin le nombre exact de décès. Or, la durée de la fréquentation est très variable, et il est difficile de faire le pourcentage exact des décès à l'intérieur d'une Consultation. Si ce calcul est à la rigueur possible pour les petits centres, il est très difficile pour une ville et illusoire à Paris. Le docteur Bresset (**18**) a montré qu'il était actuellement impossible à Paris de calculer exactement le taux de la mortalité de 0 à 1 an, soit en comparant le rapport entre les naissances et les décès de 0 à 1 an, soit en établissant la proportion de ces décès par rapport aux décès de tout âge, soit encore d'après le rapport entre les chiffres de population fournis par le recensement et la moyenne annuelle des décès de 0 à 1 an, chacun de ces chiffres prêtant à discussion parce que sujet à de nombreuses causes d'erreur. De son côté le docteur Carel (**26**) a essayé de connaître exactement la mortalité des enfants de 0 à 1 an qui fréquentaient sa Consultation, mais toutes les enquêtes tentées à ce sujet sont restées en partie infructueuses. Le docteur Ausset (**4**), dans son travail concernant la mortalité infantile et les Consultations de nourrissons, signale les grosses difficultés qui lui ont été imposées par la diversité des statistiques qu'on lui

fournissait, et qui partaient toutes de bases erronées; il ajoute qu'il y aurait le plus grand intérêt à uniformiser les statistiques. Cette question a été déjà agitée à la plupart des Congrès des Gouttes de Lait; on en trouvera un bon exposé dans le rapport de G. Dufort (**36**), au III[e] Congrès international des Gouttes de Lait de Berlin. Les docteurs Caviglia, de Turin (**27**), Philips, d'Anvers (**76**), Panel, de Rouen (**70**), voulant établir des statistiques exactes dans leurs Consultations de nourrissons, ont cherché à remédier aux causes d'erreur habituelles. Le docteur Panel constatant que les enfants sont présents environ six mois à la Consultation, double les moyennes obtenues par la simple comparaison de leur nombre et du nombre de leurs décès, rendant ainsi cette moyenne comparable à celle de la mortalité générale de la ville dans laquelle les enfants ont eu douze mois de danger de mort et non pas seulement six. Il arrive ainsi à une mortalité de 7, 60 % pour les seuls enfants nourris au sein.

Devant les difficultés et souvent l'impossibilité d'établir une statistique rendant compte exactement de la mortalité à leur Consultation, beaucoup de médecins, convaincus qu'ils faisaient néanmoins une œuvre utile, s'abstiennent d'établir ces statistiques et nous les approuvons.

Mais la valeur d'une œuvre destinée à combattre la mortalité infantile se démontre sans conteste quand la mortalité d'une ville ou d'une agglomération quelconque baisse, depuis le fonctionnement de cette institution, alors que, dans d'autres villes voisines où cette œuvre ne fonctionne pas, la mortalité infantile reste au même niveau, ou se trouve plus élevée. Budin

(**20**), en 1906, montrait déjà l'action heureuse sur l'abaissement de la mortalité dans les villes où existait une œuvre de ce genre. A Arques, le docteur Alexandre (**1**) voit la mortalité descendre de 191 p. 1000 à 101 p. 1000. — A Saint-Pol-sur-Mer, la mortalité, qui était de 288 p. 1000 avant la Consultation, tombe à 200, puis à 151 p. 1000. A Varengeville-sur-Mer, le docteur Poupault (**86**) voit la mortalité s'abaisser de 145 p. 1000 à 77 p. 1000. — En 1909, le Docteur Ausset (**4**), dans un travail sur le bilan des Consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait, rapporte des chiffres analogues. Il serait fastidieux de publier tous ces résultats. Nous voudrions simplement citer ce qui s'est passé dans l'Yonne, sous l'influence heureuse de M. Marois (**62**), l'actif inspecteur de l'Assistance Publique, véritable apôtre des Consultations de nourrissons. Dans ce département, il existe 67 communes qui ont vu fonctionner les Consultations depuis l'origine : 9 ans avant les Consultations, de 1865 à 1903, la mortalité des enfants de 0 à 1 an était de 11,60 °/₀ ; 9 ans après, dans ces mêmes 67 communes, de 1904 à 1912, la mortalité était descendue à 8, 59 °/₀.

2° Augmentation de l'allaitement au sein.

Les statistiques données par Dluski (**34**), Luling (**57**), et Petit (**75**), nous montrent combien la mortalité infantile varie avec le mode d'alimentation :

Sein maternel.....	13 °/₀	de mortalité
Biberon par mère.....	32 °/₀	—
Sein en nourrice.....	50 °/₀	—
Biberon en nourrice..	65 °/₀	—

Si donc, dans une Consultation, le sein gagne du terrain sur le biberon, la mortalité infantile doit fatalement s'abaisser. C'est ce qui se produit dans la majorité des Consultations de nourrissons bien dirigées. Nous nous contenterons de citer quelques chiffres : M. Bresset (**17**), au dispensaire de la rue Oudinot, voit le nombre d'allaitements au sein passer de 61 °/₀ à 81, 4 °/₀ ; MM. Boissard et Devé (**11**), de 60 °/₀ à 93 °/₀ ; M. Carel (**26**), de 40 °/₀ à 81 °/₀, etc., etc.

Pour terminer, nous ne pouvons mieux faire que de citer les paroles suivantes du professeur Pinard (**77**), qui n'est pourtant pas partisan des Consultations de nourrissons : « Il y a une œuvre que je considère comme un modèle, celle-là est tout ce que vous voulez, Goutte de Lait, Consultation de nourrissons, dispensaire, mais elle est un excellent établissement. Toute Consultation de nourrissons ou toute Goutte de Lait (l'étiquette m'est parfaitement égale), qui offrira ce qu'offre celle de Saint-Pol, celle-là, je la saluerai avec respect, j'applaudirai et je dirai : « Voilà ce qu'il faut répandre partout. » Pourquoi ? — C'est que lorsque notre collègue Ausset a pris la direction de la Goutte de Lait de Saint-Pol, il y avait 15 mères sur 100 qui donnaient le sein, et qu'aujourd'hui il y en a 60. »

Ce que le professeur Pinard a dit pour la Consultation de Saint-Pol, nous pouvons, sans crainte de nous tromper, le répéter pour toutes les Consultations de nourrissons. Loin de nous cependant de proclamer qu'elles constituent la panacée universelle susceptible d'enrayer à elles seules le fléau de la mortalité infantile. C'est là une exagération. Comme le dit le docteur

Ausset (3), la consultation n'est qu' « une arme, excellente, parfaite à la vérité, mais une seule arme, un procédé pour lutter contre cette mortalité ». Il est aussi injuste de vouloir les rejeter ou les traiter ironiquement et avec mépris, que de chercher à les imposer comme devant à elles seules nous faire aboutir au résultat tant désiré.

OUVRIÈRES D'USINES ET ALLAITEMENT MATERNEL.

LA CHAMBRE D'ALLAITEMENT.

Un des principaux obstacles, sinon le principal, à l'allaitement au sein, est le travail à l'usine. A peine relevée de ses couches, la mère sait que si elle s'absente de l'usine pendant l'année d'allaitement, elle risque de perdre sa place et en tout cas elle perd de son habileté professionnelle. Aussi, dans les conditions de la vie sociale actuelle, est-elle obligée de sacrifier trop souvent son enfant. Que fait alors l'ouvrière d'usine ? Le docteur Felhoen, de Roubaix, écrit qu'il est plutôt rare que la femme qui travaille à l'usine mette son enfant en nourrice loin de sa demeure. Presque toujours elle le donne en garde à une voisine ou à une parente pour l'avoir près d'elle à sa rentrée de l'usine. Ces gardeuses, ces « soigneuses » comme on les appelle, ne tombent pas sous le coup de la loi Roussel, et on a pu écrire qu'elles laissaient mourir 86 o/o des nourrissons qui leur étaient confiés. Sur dix nourrissons qui entrent dans le service d'enfants de l'hôpital de Roubaix, alors qu'il n'y a même plus rien à tenter pour les sauver, neuf sont des enfants de femmes travaillant à l'usine et qui, le jour, sont confiés

à une voisine quelconque, parente ou non. Aussi, pour enrayer cette lamentable mortalité, vit-on se développer dans différents établissements industriels occupant des femmes, cette intéressante institution des « crèches d'usine », que Budin (**22**) encouragea et qui fut l'objet de nombreux travaux parmi lesquels nous citerons ceux de Mézie (**66**), de Lévesque (**56**), de Blairon (**10**), de Bué (**25**), de Paquy (**71**), etc... Ces crèches industrielles rendent des services incontestés, mais on ne peut exiger leur création qui nécessite des frais importants. Elles peuvent cependant être remplacées, et à peu de frais, par ce que l'on appelle des « Chambres d'allaitement », véritables crèches industrielles réduites à leur plus simple expression. En effet, une usine qui emploie un certain nombre d'ouvrières peut toujours trouver une chambre ou une salle quelconque, suffisamment éclairée, chauffée l'hiver par la vapeur de l'usine, y installer quelques berceaux de jonc, une armoire, et faire travailler dans cette salle pour garder les nourrissons, une vieille ouvrière dévouée, occupée à quelque travail de couture. La Chambre d'allaitement est ainsi créée. Il ne reste plus qu'à donner aux mères le temps nécessaire pour aller allaiter leur bébé. Cette organisation est très simple. Certains propriétaires d'usine penseront qu'il va falloir ripoliner les murs, mettre du carrelage et de la faïence partout, arrondir les angles ; non, il faut tout simplement un local propre et clair. Quel qu'il soit, il sera en général bien supérieur au logis où aurait végété le nourrisson abandonné à la gardeuse.

C'est surtout dans le département du Nord où l'industrie du lin, de la laine et du coton occupe un nombre

si considérable de femmes, que l'on a cherché à développer ces chambres d'allaitement. A la suite des démarches faites par M. Vincent, préfet du Nord, et de la campagne entreprise à ce sujet par le Dr Potelet, de nombreuses chambres d'allaitement ont été fondées depuis 1908 chez un certain nombre d'industriels de la région. On en a installé à Roubaix chez M. Motte et Cie, chez MM. Roussel père et fils ; à Fourmies, à la filature Bernier; à Seclin, à la filature Drieux et à la filature Guillemand. A Paris, en 1903, la manufacture Hayem, 145, Boulevard Voltaire, a créé une chambre d'allaitement, M. Vitoux a fait de même à Troyes. Une pareille organisation entraîne à des frais vraiment insignifiants. L'installation pour 10 berceaux chez MM. Roussel a coûté 1.014 fr. 70, chez M. Vitoux 1.050 fr. Chez ce dernier industriel une voiture va chaque matin chercher à leur domicile la mère et l'enfant et les reconduit le soir. L'installation de M. Hayem, très confortable, possède à sa tête une infirmière ; les dépenses ont été de 2.224 fr. 25 pour 8 berceaux et l'entretien mensuel est de 150 fr. 50.

Les résultats sont superbes. A Seclin, ville très industrielle et où, comme nous l'avons vu, deux filatures possèdent une chambre d'allaitement, la mortalité infantile a diminué de 50 0/0 depuis le fonctionnement de ces excellentes institutions (**32**). Aussi, aux différents congrès de Protection de l'enfance, la question de l'établissement obligatoire d'une chambre d'allaitement dans les usines s'est-elle posée. Au Congrès de Berlin en 1911 les docteurs J. Mercier (**64**) et Elie Decherf (**32**) font un rapport en ce sens. Au Congrès du Royal Institute of Public Health, le Dr Lesage rappelle que la

Ligue contre la mortalité infantile a émis le vœu suivant (**54**) : « Dans toute usine employant plus de 100 femmes âgées de plus de 18 ans, le patron est obligé de tenir à la disposition des ouvrières qui veulent allaiter leurs enfants, une salle d'allaitement. Tout patron qui emploie moins de 100 femmes est encouragé à entretenir une salle identique. »

Enfin au Congrès national de la Protection du Premier âge tenu à Bordeaux, le Dr Felhoen (**41**) montre qu'en France on pouvait compter une trentaine d'usines munies de chambre d'allaitement (21 pour le seul département du Nord). Les industriels, dit-il, les créent souvent d'eux-mêmes et y joignent des secours d'accouchement, de layettes et de primes à l'allaitement. Ce même auteur a voulu étudier les objections que l'on pourrait faire à l'installation *obligatoire* de la chambre d'allaitement. Sur 55 industriels du Nord, qu'il a consultés, 37, soit 67 0/0, se sont déclarés formellement partisans de la loi, 6 ont réclamé la liberté, 4 ont fait une réponse douteuse, 7 n'ont pas répondu, un seul a déclaré que la loi serait néfaste. La cause paraît donc entendue et jugée par les industriels eux-mêmes. Tout a été prévu, même la question de responsabilité en cas d'accidents arrivés aux enfants : moyennant une somme insignifiante de 0 fr. 50 par enfant et par année les industriels, par une police d'assurances, se trouvent couverts pour une garantie donnée jusqu'à concurrence de 10.000 francs.

Nous ajouterons simplement que les chambres d'allaitement sont obligatoires en Italie et au Portugal.

Ces enfants, qui fréquentent les chambres d'allaitement, ont besoin d'être surveillés médicalement.

Or, la mère qui travaille ne peut les conduire à la Consultation de nourrissons un jour de la semaine. Il est donc de toute nécessité que le directeur de la Consultation consacre dans la matinée du dimanche une heure ou deux pour examiner ces enfants et diriger leur alimentation. Nous dirons même, que là, plus qu'ailleurs, la surveillance est nécessaire car elle devra s'étendre à la mère. Cette femme qui travaille pourra nourrir complètement son enfant moins longtemps que la mère qui n'a à s'occuper que des soins de son ménage. Ce sera au médecin de lui faire alors pratiquer l'allaitement mixte, qui sera d'autant plus favorable, qu'il aura été institué à une date déjà éloignée de la naissance, alors que l'enfant a échappé aux risques de mort si nombreux dans les premiers mois de la vie.

ORIENTATION NOUVELLE DE LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE.

Dans une conférence faite à Valenciennes, au palais des Académies, le 8 juin 1913, à propos du projet de création d'une Consultation nouvelle de nourrissons dans cette ville, M. le Dr Lesage (53), médecin de l'hôpital Hérold, secrétaire général de la Ligue contre la mortalité infantile, a exposé l'orientation nouvelle que devait prendre la lutte contre la mortalité des enfants du premier âge, par suite de l'application de la loi du 17 juin 1913, sur le repos des femmes en couches.

Le conférencier [1], après avoir remercié la municipalité de Valenciennes représentée par son maire, de nombreux conseillers, et le promoteur de la conférence, M. Delcourt, aborde ainsi son sujet :

« Le vote au Sénat de la loi sur le repos des « femmes en couches qui sera certainement ratifié par « la Chambre [2], nous oblige à orienter d'une façon nou-

1. Nous remercions vivement M. le Dr Lesage qui a bien voulu nous communiquer les épreuves d'une partie de cette conférence qui a été déposée pour le Bulletin de la Ligue contre la Mortalité infantile le 20 juin 1913, et doit paraître dans un des prochains bulletins.

2. Loi votée le 17 juin 1913.

« velle la lutte contre la mortalité infantile. Jusqu'à ce « jour notre arme principale était représentée par la « Consultation de nourrissons, avec ou sans distribu- « tion de bon lait. Ces maisons de conseils encoura- « geaient naturellement l'allaitement au sein, mais « elles ont été accusées de trop favoriser l'allaitement « artificiel au détriment de l'allaitement naturel. Il y a « là, pour tout esprit impartial, une accusation erro- « née. Quoi qu'il en soit, le résultat palpable qui coïn- « cide avec l'extension des Consultations de nourrissons, « est que la mortalité infantile a baissé; mais, pour « juger sainement la question, il faut comparer les « années fraîches entre elles et les années chaudes « entre elles. Il y a dans les années chaudes comme « en 1911, où, dans l'été, il y eut un excès de mor- « talité de 20.000 petits enfants, un élément calorique « sur lequel la Consultation n'a de prise qu'autant que « les enfants qu'elle surveille sont au sein. Voilà donc « un premier résultat qui doit nous réjouir : la baisse « de la mortalité infantile. C'est là le passé, envisageons « l'avenir. La nouvelle loi du 17 juin 1913, bien appli- « quée, bien dirigée, va permettre, je l'espère, d'aug- « menter l'allaitement au sein et de lutter ainsi plus « efficacement contre le nombre encore trop élevé des « décès des enfants de 0 à 1 an. Cette loi protège offi- « ciellement la mère en lui permettant le repos pen- « dant le dernier mois de ses espérances et le premier « mois de l'allaitement. Or, nous savons, depuis les « recherches du professeur Pinard et de ses élèves, « que le repos de la mère donne à l'enfant un poids « plus élevé, et par suite plus de résistance à son « entrée dans la vie. »

« La Consultation de nourrissons, telle que nous la « comprenons actuellement, doit être chargée de l'appli- « cation de la loi; elle doit pour ainsi dire immatricu- « ler la mère dès le dernier mois de sa grossesse. La « femme enceinte vient à la Consultation, le médecin « l'examine, voit si tout se passe bien et l'oblige à se « reposer. Une dame patronnesse adhérente à l'œuvre, « surveille et fait appliquer le repos.

« L'enfant vient au monde. Le médecin doit alors « visiter la mère et l'obliger, à moins d'impossibilité « absolue, à donner le sein. Il devra soutenir et encou- « rager la mère dans cette période souvent difficile des « premiers jours où la sécrétion lactée est parfois lente « à s'établir et où la mère se décourage facilement. Il « devra être persévérant et convaincu de la supériorité « de l'allaitement naturel ; sa devise sera : tout pour le « sein et par le sein. Son rôle sera d'ailleurs facilité « par la dame patronnesse qui, éduquée par lui, devra « suivre la même voie et donner les mêmes conseils. « Il est indispensable pour le bon fonctionnement de « l'œuvre, que ce soit toujours la même dame patron- « nesse qui exerce sa surveillance, d'abord sur la mère « pendant la fin de la grossesse, puis sur la mère et « l'enfant pendant l'allaitement.

« Il est malheureusement des cas où la mère est « dans l'impossibilité absolue de donner le sein. Forcé « par les circonstances, le médecin se voit obligé de « mettre l'enfant au biberon dès la naissance : sa sur- « veillance et celle de la dame patronnesse doivent alors « redoubler. Mais, dans l'immense majorité des cas, nous « arrivons au résultat suivant : la mère se repose et « nourrit son enfant pendant le premier mois. Or, tout

« le monde sait combien est élevée la mortalité dans « les premiers jours si le malheureux petit être est « réduit au biberon. Et puis, conséquence fatale, croyez- « vous qu'une mère qui aura allaité son enfant pen- « dant trente journées de bonheur et d'espérances, qui « l'aura vu se développer, qui se sera attachée à lui, « cessera de gaieté de cœur de l'allaiter ? Mille fois « non, ce n'est pas connaître le cœur maternel que « d'avoir une telle pensée.

« Le premier mois est terminé, la loi cesse sa protec- « tion. Que faire ? Deux cas peuvent se présenter : la mère « reste chez elle, ou elle est obligée d'aller travailler. « Dans le premier cas, la conduite à tenir est simple. « La mère continuera à nourrir, et dès ses relevailles, « devra fréquenter la Consultation qui n'est pas une « inconnue pour elle et où elle a, durant sa grossesse, « trouvé déjà de bons conseils. Le médecin l'encoura- « gera à continuer à donner le sein, mais l'allocation « cessant, la dame patronnesse devra s'ingénier à trou- « ver des ressources pour continuer l'aide, grâce à la « libéralité privée.

« Dans le deuxième cas, la mère est obligée d'aller au « magasin, à l'usine. Il faut alors que le comité de « l'œuvre intervienne auprès de l'industriel, du com- « merçant, pour que la mère puisse continuer l'allaite- « ment grâce à l'établissement d'une chambre d'al- « laitement.

« Que faut-il ? Une petite chambre, quelques petits « berceaux, une vieille de la maison qui surveille ; « elle n'aura pas grand'chose à faire, car l'enfant au « sein dort entre les tétées. Toutes les trois heures, la « mère quitte son travail une dizaine de minutes, vient

« donner le sein et retourne à son travail, heureuse et « pleine d'ardeur. Dans toutes les usines où ont été « établies des chambres d'allaitement, les patrons ont « remarqué que les mères nourrices devenaient leurs « meilleures employées. Il y a là, en effet, un excellent « moyen de relever le moral de l'ouvrière, de l'attacher « à son enfant et de lutter contre les théories mal- « saines, destructrices de l'idée de famille. Et croyez- « vous que la femme du patron, ses filles, ne seront « pas les premières à s'occuper de ce petit coin de « l'usine et à pourvoir à ses besoins ?

« Ce n'est pas tout, la dame patronnesse doit suivre « l'enfant placé dans cette chambre d'allaitement, et « encourager la mère à l'amener à la pesée du dimanche « où le médecin s'efforcera de poursuivre l'allaitement « au sein le plus longtemps possible.

« Ainsi envisagée, la Consultation de nourrissons « devient un centre où tout ce qui a trait au nourrisson « est réuni sous la direction du médecin. Autour « de ce centre gravitent les petites œuvres si utiles : « l'œuvre des layettes, l'œuvre des vêtements pour les « mères nécessiteuses, l'œuvre des cantines maternelles, « l'œuvre du sou du nourrisson. Mais il faut s'efforcer « de ne pas tout laisser à la charité privée. Il faut que « la mère, dans la mesure du possible, y mette du sien, « et alors vient se surajouter cette force considérable : « la Mutualité maternelle, fondée par F. Poussineau.

« Ainsi est créée par la philanthropie privée, une « œuvre énorme qui applique la loi par ses propres « forces, sans bureaucratie nouvelle. Rien ne vaut « mieux, auprès du nourrisson, que les mille petits soins « et le regard attentif que peut donner la femme. »

On le voit, de par cette loi bienfaisante, la lutte contre la mortalité infantile va pouvoir s'exercer plus efficacement. A l'heure où le problème de la natalité se pose de façon si pressante, le législateur a voulu que la mère et l'enfant à qui elle va bientôt donner le jour ou qui vient de naître d'elle, reçoivent une protection effective. La loi proclame ainsi que la naissance de tout enfant est un événement qui intéresse directement la nation tout entière, qui justifie et exige, de sa part, l'accomplissement envers la mère d'un acte de solidarité.

CONCLUSIONS.

Chaque année, la population de la France diminue de 20.000 âmes, et ainsi s'affirme la situation défavorable de notre pays au milieu des nations qui l'environnent. Pour compenser notre faible natalité, il est urgent de combattre par tous les moyens possibles la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge. La gastro-entérite, résultat obligé de l'allaitement artificiel, la débilité congénitale, l'ignorance des mères, sont les principaux facteurs de mortalité infantile de 0 à 1 an ; c'est donc contre eux que doivent se diriger tous nos efforts.

De toutes les œuvres d'assistance maternelle et infantile employées pour arriver à ce but, la Consultation de nourrissons apparaît comme l'une des plus puissantes et des mieux appropriées. Les résultats obtenus depuis vingt-deux années d'existence permettent d'affirmer que, bien dirigées, ces institutions font diminuer la mortalité infantile grâce à la propagande acharnée faite en faveur de l'allaitement maternel et grâce à une direction médicale rigoureuse. Elles sont les véritables « écoles des mères ». Elles sont en même temps d'excellents centres d'enseignement pour les futures mères, les

institutrices, les sages-femmes et les étudiants en médecine. Dans tous les cas où cela est possible, une « infirmerie temporaire », annexée à la Consultation, renforcera les heureux résultats de celle-ci.

Les dangers de contagion qu'offrent ces rassemblements d'enfants seront évités, en pratiquant, dès l'arrivée, l'isolement dans des boxes d'attente. La pesée et l'examen se feront dans une salle spéciale et chaque nourrisson sera déshabillé et habillé dans un boxe, dit boxe de déshabillage.

De nombreux industriels ont établi dans leurs usines une « salle d'allaitement » qui permet à la mère de donner le sein tout en travaillant. Ces institutions excellentes, nécessitant peu de frais, devraient être rendues obligatoires dans les usines employant plus de cent femmes.

La loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, en rendant possible le repos dans le dernier mois de la grossesse et dans le premier mois qui suit la délivrance, fera diminuer le nombre des prématurés, permettra aux mères de mettre au monde des enfants plus résistants et de pouvoir donner le sein pendant la période de la vie où l'allaitement artificiel fait le plus de victimes.

L'application de cette loi permet une conception nouvelle de la Consultation de nourrissons. Celle-ci doit centraliser tout ce qui a trait à la protection du nourrisson et avoir à sa tête un médecin et des dames

patronnesses. La femme dont on surveille le repos dans le dernier mois de sa grossesse doit être préparée à son rôle de nourrice. Devenue mère, elle doit être guidée dans les débuts parfois difficiles de l'allaitement, et, à la fin du premier mois, la protection légale cessant, elle doit trouver à la Consultation, pour elle et son enfant, aide et conseils.

Vu :

Le Président de Thèse,

Pr Hutinel.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Pr Landouzy.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. Liard.

BIBLIOGRAPHIE.

Nous ne donnons ici que la liste des ouvrages cités dans le cours de ce travail. Pour tout ce qui a trait aux Consultations de nourrissons nous renvoyons à la bibliographie qui se trouve à la fin de l'excellent ouvrage du docteur J. Jarricot. J. Jarricot. *Rôle social et pratique du fonctionnement des Consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait.* Thèse de Lyon, 1908-09. N° 100. Jeannin, Trévoux.

1. Alexandre (A.). — *Consultation de nourrissons et Goutte de Lait d'Arques.* Thèse de Paris, 1907-08. N° 93.
2. Astengo (A.). — *Rapport du poids des enfants à la durée de la grossesse.* Thèse de Paris, 1904-05. N° 544.
3. Ausset (E.). — *Les Consultations de nourrissons.* Pédiatrie pratique, 1907, p. 212.
4. Ausset (E.). — *Le bilan des Consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait.* Revue philanthropique. Tome XXIV, 15 janvier-15 février-15 mars 1909.
5. Bachimont (A.). — *De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires.* Thèse de Paris, 1898-99. N° 581.
6. Bachimont (F. C.). *Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine.* Thèse de Paris, 1897-98. N° 251.
7. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. — *Étude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.* Paris, Doin, 1901.
8. Bernson (Mlle Dweira). — *Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches.* Thèse de Lille, 1898-99. 5e série. N° 124.

9. Bels (G.). — *Étude sur la mortalité infantile à Bailleul. Ses causes et les principaux moyens d'y remédier.* Thèse de Paris, 1911-12. N° 387.

10. Blairon (F.). — *Prophylaxie des gastro-entérites des nourrissons. La suralimentation et son remède.* Thèse de Paris, 1905-06. N° 301.

11. Boissard et Devé. — *Consultation de nourrissons à l'hôpital Tenon en 1903.* L'Obstétrique, 1904. Tome IX, p. 304.

12. Boissezon (P.). — *Mortalité infantile à Lyon pendant un été chaud (1911).* Thèse de Lyon, 1912-13. N° 60.

13. Bonnaire. — *La consultation obstétricale des nourrissons.* Presse médicale, 11 mai 1912, p. 413.

14. Bouchacourt (L.) — *Hygiène de la grossesse et puériculture intra-utérine.* Paris, Doin, 1905.

15. Boudet. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 16 octobre 1866, p. 79-85.

16. Bresset (L.) — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juin 1902.

17. Bresset (L.). — *Consultation de nourrissons et allaitement maternel.* Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Tome LVII, p. 413.

18. Bresset (L.). — *La mortalité infantile dans le VII^e arrondissement et dans les arrondissements voisins VI^e et XV^e, de 1884 à 1903.* Paris, Steinheil, 1905.

19. Bresset (L.). — *Les dispensaires gratuits de la Caisse des Écoles du VII^e arrondissement, année 1902.* Paris, Steinheil, 1903, p. 25.

20. Budin (P.). — *Des consultations de nourrissons. Leurs résultats.* L'Obstétrique, juillet 1906.

21. Budin (P.). — *Accidents de l'alimentation au sein.* Journal des Praticiens, 1904, n° 36.

22. Budin (P.). — *De l'allaitement au sein par les ouvrières d'usines, de fabriques, de manufactures.* L'Obstétrique, 1904. Tome IX. N° 4.

23. Budin (P.). — *Les Consultations de nourrissons. Conférence faite à la Société de l'Internat le 23 février 1905.* Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles. Tome IV, 1905, p. 117.

24. Budin (P.). — L'Obstétrique. Novembre 1903, p. 449.

25. Bué. — *Les crèches industrielles.* Presse médicale, 1905, p. 825.

26. Carel (A.). — *Consultations de nourrissons et mortalité infantile.* La Clinique, 9 août 1907. Revue philanthropique, 1907. Tome XXI, p. 559.

27. Caviglia (P.). — *Mortalité infantile et statistiques des consultations de nourrissons.* Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles. Tome V, 1906. N° 1, p. 48.

28. Clappier (G.). — *Puériculture avant la naissance.* Thèse de Paris, 1906-07. N° 296.

29. Congrès international des Gouttes de Lait. 1re session. Paris, 20-21 octobre 1905, p. 469.

30. Couvelaire. — *Puériculture intra-utérine.* Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Mai 1903, p. 467.

31. Cury (H.). — *Hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière.* Thèse de Paris, 1897-98. N° 394.

32. Decherf (E.). — *Étude critique des œuvres françaises de protection de l'enfance.* Bericht über den III internationalen Kongress für Säuglingsschutz (Gouttes de Lait). Berlin, 11-15 septembre 1911, p. 384.

33. Devé (Ch.). — *Réflexions critiques sur la puériculture.* Thèse de Paris, 1902-03. N° 63.

34. Dluski (Mme). — *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel.* Thèse de Paris, 1893-94. N° 355.

35. Duché (J.-A.). — *Protection de la première enfance.* Thèse de Paris, 1908-09. N° 5.

36. Dufort (G.). — *De l'uniformisation internationale de la statistique de la mortalité infantile.* Bericht über den III internationalen Kongress für Säuglingsschutz (Gouttes de Lait). Berlin, 11-15 septembre 1911, p. 1187.

37. Dufour (L.). — *Comment on fonde une Goutte de Lait.* Fécamp, 1902.

38. Étienne (L.). — *Maternité et Misère. Assistance par les refuges-ouvroirs.* Thèse de Paris, 1904-05. N° 461.

39. Eustache (G.). — *Puériculture. Hygiène et Assistance.* Paris, Baillière, 1903.

40. Fauquet. — *La protection légale des femmes avant et après l'accouchement.* Paris, Alcan, 1903.

41. Félhoen (R.). — *Rapport sur l'élevage des nourrissons dont la mère travaille à l'usine.* Congrès national de la Protection du premier âge. Bordeaux, mai 1913.

42. Flour (C.). — *Consultations de nourrissons et allaitement maternel.* Thèse de Paris, 1905-06. N° 290.

43. Gasse (A.). — *L'École des mères.* Thèse de Paris, 1905-06. N° 182.

44. Genouy (Mlle E.). — *Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein.* Thèse de Paris, 1906-07. N° 84.

45. Gœpfert (J.). — *Protection et Assistance de la première enfance.* Thèse de Nancy, 1903-04. N° 40.

46. Guéniot. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 17 octobre 1882, p. 1159-1179.

47. Herrgott. — Revue médicale de l'Est, mai 1893.

48. Herrgott. — *But et fonctionnement de l'Œuvre de la Maternité à la clinique obstétricale à Nancy.* Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juillet 1906, p. 385.

49. Jarricot (J.). — *Consultations de nourrissons et Écoles normales d'institutrices.* Comptes rendus de l'Association française. Congrès de Toulouse, 1910, p. 94.

50. Jarricot (J.). — *Rôle social et pratique du fonctionnement des Consultations de nourrissons et des Gouttes de Lait.* 1909. Jeannin, Trévoux.

51. Langlois. — *Traité d'hygiène publique et privée.* Paris, Doin, 1905, p. 432.

52. Lecucq (H.). — *La fondation Budin.* Thèse de Paris, 1913, n° 126.

53. Lesage (A.). — Conférence faite à Valenciennes, le 8 juin 1913, en vue d'un projet de création d'une Consultation nouvelle de nourrissons. Paraîtra dans le Bulletin de la Ligue contre la mortalité infantile, janvier 1914.

54. Lesage (A.). — *Salles d'allaitement au sein dans les usines.* Rapport. Section III. The Royal Institute of public Health Congress. Paris, 15-19 mai 1913.

55. Letourneur (L.). — *De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant.* Thèse de Paris, 1896-97. N° 502.

56. Lévesque (G.). — *Protection de la première enfance dans les*

cités industrielles. Les crèches industrielles. Étude d'Hygiène sociale. Thèse de Lille, 1904-05. N° 16.

57. Luling (A.-F.). — *Mortalité des nourrissons en rapport avec la modalité de leur alimentation.* Thèse de Paris, 1900-01. N° 17.

58. Magniaux. — *Influence du repos de la femme enceinte sur le poids des nouveau-nés.* Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie. 1912, p. 122.

59. Marfan (A.). — *Organisation d'un enseignement médical en vue de combattre la mortalité infantile. Rôle des Consultations de nourrissons dans cet enseignement.* Revue philanthropique, 10 février 1903, p. 409.

60. Marfan (A.). — *Enseignement de l'hygiène et des maladies des nourrissons dans les Facultés de Médecine.* Bericht über den III internationalen Kongress für Säuglingsschutz (Gouttes de Lait). Berlin, 11-15 septembre 1911, p. 211.

61. Margouliès (M.). — *L'œuvre de la Goutte de Lait. Contribution à l'étude de la Protection de la première enfance.* Thèse de Paris, 1902-03. N° 272.

62. Marois (R.). — *Les Consultations de nourrissons dans l'Yonne en 1912.* Auxerre, Gallot, 1913.

63. Maygrier (Ch.). — *Les Consultations de nourrissons.* Extrait de l'Œuvre médico-chirurgical. N° 35, 15 octobre 1903. Masson.

64. Mercier (J.). — *De l'utilité des crèches industrielles pour obtenir et encourager l'allaitement maternel.* Bericht über den III internationalen Kongress für Säuglingsschutz (Gouttes de Lait). Berlin, 11-15 septembre 1911, p. 763.

65. Méry (H.) et Malhené. — *La défense contre les maladies contagieuses à l'asile des débiles de Médan.* Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris, 14 janvier 1913.

66. Mézie (A.). — *Des garderies d'enfants annexées aux usines.* Thèse de Paris, 1904-05. N° 381.

67. Mion (C.). — *Importance d'une direction médicale dans l'allaitement au sein.* Thèse de Paris, 1905-06. N° 104.

68. Mornet (J.). — *Protection de la maternité en France.* Thèse de Paris, 1909-10. N° 2.

69. Odier. — Bulletin de l'Académie de Médecine. Séance du 9 octobre 1866, p. 67.

70. Panel. — *De l'élevage au sein par les mères indigentes.* Revue médicale de Normandie, 25 juin 1905, p. 290.

71. Paquy. — *De l'allaitement maternel chez les ouvrières employées dans l'industrie.* Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Tome 23, 1906, p. 250.

72. Péchin (G.). — *Contribution à l'étude de la puériculture avant la naissance.* Thèse de Paris, 1907-08. N° 319.

73. Péhu (M.). — *Les Gouttes de Lait telles qu'on les comprend en France.* Journal d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie pratiques, 1908. T. V, p. 193.

74. Perruc (B.). — *Assistance aux femmes enceintes.* Thèse de Paris, 1904-05. N° 530.

75. Petit (L.). — *Le droit de l'enfant à sa mère.* Thèse de Paris, 1894-95. N° 156.

76. Philips (F.). — *La Consultation de nourrissons à la Maternité d'Anvers.* Extrait des Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers. Janvier-février-mars 1909.

77. Pinard (A.). — Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie. IVe Session. Rouen, 1904, p. 692.

78. Pinard (A.). — Clinique obstétricale, 1889, p. 51.

79. Pinard (A.). — *Note pour servir à l'histoire de la Puériculture pendant la grossesse.* Annales de Gynécologie, août 1898, p. 84.

80. Pinard (A.). — *Des Instituts de Puériculture après la naissance.* Bulletin de l'Académie de Médecine, 1911. N° 7.

81. Pinard (A.). — *De la Puériculture.* Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiâtrie. Juillet-août 1908.

82. Pinard (A.). — *De la dépopulation en France.* Conférence faite à la Sorbonne le 17 février 1910. Extrait de la Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiâtrie. Août 1910.

83. Pinard (A.). — Bulletin de l'Académie de Médecine, 26 novembre 1893.

84. Pinard (A.). — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1900, p. 607.

85. Porak et Katz. — Annales de la Société obstétricale de France, 4 avril 1902, p. 250.

86. Poupault. — *La Consultation de nourrissons de Varengeville.* L'Obstétrique, 1907, p. 224.

87. Quillier. *Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein.* L'Obstétrique, 15 janvier-15 mars 1905.

88. Roger (F.). — *Protection de la mère dans l'industrie.* Thèse de Paris, 1902-03. N° 140.

89. Sarraute-Laurié (Me L.). — *De l'influence du repos sur la durée de la gestation. Étude statistique.* Thèse de Paris, 1898-99. N° 602.

90. Séropian. — *Fréquence comparée des causes de l'accouchement prématuré.* Thèse de Paris, 1906-07. N° 236.

91. Strauss (P.). — *Dépopulation et Puériculture.* Paris, Fasquelle, 1901, p. 49.

92. Tarnier. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 26 septembre 1882, p. 1075.

93. Tessier (P.). — *La grossesse et la loi française.* Thèse de Toulouse, 1907-08. N° 773.

94. Thiroux (H.). — *Protection légale des femmes enceintes et accouchées dans l'industrie.* Thèse de Paris, 1899-1900. N° 209.

95. Tilmant (A.). — *La prophylaxie des nourrissons dans les crèches et les Gouttes de Lait.* Progrès médical, 16 août 1913, p. 429.

96. Ulecia y Cardona (R.). — *Contribution à l'histoire des Consultations de nourrissons et des Gouttes de lait en Espagne.* IIe Congrès international des Gouttes de Lait. Bruxelles, 1907. I. 3*a*. Première section.

97. Variot. — Clinique infantile, 14 mai 1904.

98. Variot. — *Les Gouttes de Lait considérées comme champ d'observation méthodique pour les pédiâtres.* Congrès international des Gouttes de Lait. Première Session. Paris, 1905, p. 37.

99. Variot. — *Immunité des nourrissons contre les fièvres éruptives et contre certaines maladies infectieuses.* Clinique infantile, 15 octobre-1er novembre 1911.

TABLE DES MATIÈRES.

Introduction 13
Influence et nécessité du repos chez la femme enceinte 21
La question de la protection de la mère et de l'enfant devant le Parlement 33
Rôle des Consultations de nourrissons 40
Critiques faites aux Consultations de nourrissons 52
Résultats obtenus par les consultations de nourrissons. Étude statistique 59
Ouvrières d'usine et allaitement maternel. La chambre d'allaitement 66
Orientation nouvelle de la lutte contre la mortalité infantile. 71
Conclusions 77
Bibliographie 80

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS.